NA HOLDEVICI

AMELIORAREA PERFORMANȚELOR INDIVIDUALE PRIN TEHNICI DE PSIHOTERAPIE

II 347.970

Cuprins

CAPITOLUL 1
Orientarea comportamentală şi cognitiv-comportamentală în psihoterapie şi autoreglarea comportamentului 9
CAPITOLUL 2
Tulburările de dispoziţie 28
CAPITOLUL 3
Relaxarea – metodă de psihoterapie şi autoreglare a stărilor psihice 53
CAPITOLUL 4
Respiraţie şi relaxare 69
CAPITOLUL 5
Hipnoza în terapia cognitiv-comportamentală 90
CAPITOLUL 6
Autoprogramarea şi comportamentul eficient 108
CAPITOLUL 7
Desensibilizarea sistematică – metodă de terapie comportamentală în tratamentul fobiilor 131

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

CAPITOLUL 8
Restructurarea mentală – modelul terapiei cognitive 148
CAPITOLUL 9
Psihoterapia tulburărilor de dispoziție 194
CAPITOLUL 10
Psihoterapia atacurilor de panică 243
CAPITOLUL 11
Modelul comprehensiv de terapie cognitiv–comportamentală a tulburărilor anxioase 261
CAPITOLUL 12
Psihoterapia asertivă 274
CAPITOLUL 13
Metode cognitiv-comportamentale de optimizare a comunicării 310
CAPITOLUL 14
Modelul contextual-modular în psihoterapie și optimizarea performanțelor umane 356

Bibliografie selectivă 391

Cuvînt înainte

Lucrarea de față își propune să prezinte cititorilor o serie de tehnici psihoterapeutice și autoformative, menite să contribuie la tratamentul tulburărilor de dispoziție (anxietate, fobii, atacuri de panică, depresie), la îmbunătățirea comunicării și a eficienței în activitate.

O atenție specială a fost acordată problemelor referitoare la relaxare, gimnastică respiratorie, hipnoză, metoda autoprogramării mentale, restructurarea cognitivă, terapia asertivă, precum și la tehnicile combinate de autoreglare psihică.

Unele dintre tehnicile respective se utilizează în cadrul cabinetelor specializate de consiliere psihologică și psihoterapie în vreme ce altele, mai simple, pot fi aplicate nemijlocit de către persoanele care suferă de tulburări depresive sau anxioase nu prea grave sau de către aceia care doresc să-și amelioreze atenția, memoria, echilibrul emoțional, relațiile cu ceilalți, randamentul în activitate și calitatea vieții.

Lucrarea se adresează deopotrivă psihologilor, medicilor, studenților în psihologie și medicină, precum și tuturor celor interesați să-și însușească metode simple de contracarare a unor afecțiuni neuropsihice și psihosomatice, dar și de autocontrol al comportamentului.

Autoarea

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Capitolul 1

ORIENTAREA COMPORTAMENTALĂ ŞI COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE ŞI AUTOREGLAREA COMPORTAMENTULUI

Orientarea comportamentală a apărut ca o ripostă la psihoterapiile bazate pe „insight" (iluminare) care puneau un accent deosebit pe forţele ascunse de natură inconştientă ale psihicului uman, cea mai cunoscută tehnică psihoterapeutică de acest tip fiind psihanaliza elaborată de Freud.

Din punct de vedere teoretic, terapiile comportamentale îşi au originea în teoriile învăţării, care considerau că personalitatea umană se structurează şi funcţionează raport cu stimulii exteriori, cu situaţiile, rolurile şi interacţiunile sociale şi nu cu forţele psihice interne, abisale.

În formele sale extreme, orientarea comportamentală neagă total existenţa factorilor psihologici de natură interioară.

Terapeuţii comportamentalişti se ocupă de comportamentul observabil şi de condiţiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înţeleasă ca un proces de învăţare. În conformitate cu această orientare, nevroza este considerată ca un fenomen învăţat şi prin aceasta îşi pierde caracterul misterios.

Reacţiile, emoţiile şi deprinderile dezadaptative achiziţionate pe parcursul vieţii individului au apărut şi s-au fixat deoarece au permis cîndva subiectului să evite anumite expe-

rienţe traumatizante. Ele tind să fie repetate nu numai în prezenţa stimulilor aversivi care le-au generat, ci şi într-o serie de situaţii cu caracter similar. Aceste reacţii nedorite fac obiectul psihoterapiei, care îşi propune să le elimine. Deci, în concepţia comportamentaliştilor, psihoterapia nu mai vizează restructurarea şi reconstrucţia personalităţii, ci doar reducerea şi eliminarea simptomelor.

În acest sens, Reyna (cit. Lazarus, 1987) arată că psihoterapia este considerată ca un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacţii emoţionale cu caracter dezadaptativ, precum şi comportamentele nedorite, şi să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă faţă sarcinilor cotidiene şi să interacţioneze adecvat cu alte persoane sau situaţii.

Psihoterapia comportamentală operează în principal cu conceptele de întărire socială şi de control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea şi manipularea stimulilor ambianţei astfel încît anumite categorii de comportamente să fie recompensate, în vederea creşterii gradului de probabilitate a manifestărilor pozitive. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului, bazat pe cunoaşterea condiţiilor care permit modificarea acestuia.

Decondiţionarea ca principiu terapeutic nu reprezintă o noutate în terapie. Încă înainte ca teoriile învăţării să capete o amploare atît de mare în psihologie, aşa-numita tehnică a „practicii negative" (Dunlop, 1917; 1932) a fost utilizată în tratamentul logonevrozelor şi nevrozelor motorii (mai ales în terapia ticurilor). Această tehnică solicită pacientul să exerseze în mod deliberat deprinderea greşită, astfel încît aceasta să se supună controlului voinţei. Aceste procedee sînt cunoscute sub denumirea de decondiţionare, desensibilizare sau reeducare.

După anul 1950, asemenea practici psihoterapeutice s-au extins considerabil, astfel încît la ora actuală orientarea

comportamentalistă a devenit una din direcțiile prioritare în psihoterapia contemporană.

Terapeuții de orientare comportamentalistă citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson și Rayner (1920) în cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiționat să dezvolte o reacție de frică în prezența unui șobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic. Treptat, teama s-a generalizat, ea manifestîndu-se și în prezența altor animale sau obiecte fabricate din blană sau pluș. Watson și Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale, afirmînd că dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, frica ar putea fi eliminată.

Astfel, dacă pacientul este instruit să-și imagineze o experiență anxiogenă într-o situație terapeutică relaxantă și securizantă, el va constata curînd că experiența respectivă nu este urmată de consecințele negative așteptate, reacția de evitare avînd un caracter nevrotic. Prin intermediul unor procedee de acest tip, pacientul învață să facă distincție între pericolele reale și fricile sale iraționale. Această interpretare pune accentul pe înțelegerea semnificației stimulilor de către pacient, ea depășind limitele stricte ale conceptului de condiționare.

Astfel, mulți psihoterapeuți contemporani tind să interpreteze în acest fel condiționarea, ei generînd o orientare denumită „psihoterapie cognitiv-comportamentală" (Goldfried și Goldried, 1975; Meichenbaum, 1974).

O asemenea abordare reduce discrepanța dintre psihoterapiile dinamice (cum ar fi psihanaliza) și cele comportamentale. Diferența esențială între cele două orientări terapeutice menționate mai sus constă în modalitatea diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică pornește de la premisa că simptomul nu este important prin el însuși, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină, căci numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existență.

Terapeuții comportamentaliști consideră această orientare un non-sens. Simptomul nu simbolizează o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuși o problemă care trebuie eliminată, fără pretenția de a modifica altceva din structura personalității pacientului. Dacă simptomul a fost achiziționat prin învățare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcția dezvățării, procesul de învățare fiind astfel inversat.

În concepția terapeuților de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu echivalează cu vindecarea. Mai mult, o asemenea eliminare fără atacarea procesului nevrotic de bază este considerată periculoasă, pentru că simptomul reprezintă doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome, adesea mai severe decît cel abordat.

Terapeuții comportamentaliști nu-și pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constînd în decondiționarea subiectului de comportamente nedorite și în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile.

În perspectiva comportamentalistă, persoana dezadaptată se deosebește de cea normală prin faptul că a eșuat în dobîndirea unor abilități de a face față evenimentelor cotidiene și, în același timp, a achiziționat modele greșite de comportament.

Tehnici ale psihoterapiei comportamentale

(după Coleman; Bucher; Carson, 1984)

1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite

Modelele de comportament învățat au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp, dacă nu sînt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situațiile în care

compor-tamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane. Astfel, copilul Billy, de 6 ani (Coleman; Bucher; Carson, 1984) a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantilă pentru că detesta şcoala, manifestînd un comportament agresiv în clasă, ceea ce se repercuta nefavorabil asupra lecţiilor şi provoca o reacţie de respingere a colegilor faţă de persoana lui Billy.

Observînd cu atenţie comportamentul părinţilor în timpul interviului clinic, psihoterapeutul a constatat că aceştia erau foarte permisivi şi aprobau tot ce făcea sau spunea copilul.

Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:

a) Ajutorul acordat părinţilor pentru a putea face distincţia între comportamentele reale şi cele cu caracter demonstrativ ale copilului.
b) Formarea deprinderii părinţilor de a ignora copilul, fără să-i acorde atenţie atunci cînd acesta recurgea la comportamente demonstrative. Dimpotrivă, ei trebuia să manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile.
c) Instruirea învăţătoarei de a-l ignora pe Billy cînd acesta se comporta necorespunzător şi de a-i da atenţie cînd avea o conduită ireproşabilă.

Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ ale copilului s-au redus din ce în ce mai mult, nemaifiind întărite de părinţi şi de învăţătoare.

O dată cu diminuarea acestor comportamente, copilul a început să fie acceptat de colegi într-o măsură din ce în ce mai mare, ceea ce a constituit o nouă întărire a modelelor de comportament dorite şi a modificat atitudinea sa negativă faţă de şcoală.

Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute, care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:

- terapia implozivă;
- tehnica expunerii (flooding).

Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacțiilor condiționate de evitare a stimulilor anxiogeni și, din acest motiv, sînt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sînt asemănătoare în esență, diferența constînd în faptul că pe parcursul terapiei implozive pacientul se confruntă în plan imaginar cu situația anxiogenă, în timp ce, în cazul celei de-a doua tehnici, confruntarea cu stimulul anxiogen are loc chiar în realitate.

În cursul terapiei implozive, pacientului i se cere să-și imagineze situații care îi produc anxietate; terapeutul, în loc să-l liniștească, manevrează situația astfel încît să determine o creștere masivă a anxietății. Prin expuneri repetate la situații anxiogene în condiții de securitate afectivă, stimulii anxiogeni își pierd forța, iar comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă.

Hipnoza și medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru creșterea sugestibilității subiectului și facilitarea demersului psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situațiile anxiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecții cu capacități imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut în astfel de locuri (pe acoperișul unor blocuri, pe poduri etc.).

Într-un studiu pe pacienți cu agorafobie (teama de spații deschise), Emmelkamp și Wesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli anxiogeni *in vivo* s-a dovedit superioară celei imaginative.

Cu toate acestea, există și subiecți pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.

Aceiași autori (Emmelkamp și Wesels, 1975) citează cazul unui pacient agorafobic, care s-a ascuns în pivniță de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe stradă împreună cu terapeutul.

Datele clinice au demonstrat că, deși marea majoritate a pacienților răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecți nu obțin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei.

2. Tehnica desensibilizării sistematice

Această tehnică s-a dovedit utilă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acțiune a altor modele comportamentale antagoniste.

Prin tehnica desensibilizării, subiectul este învățat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariția anxietății în prezența unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari.

Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate prin întărire negativă, ci unei game mult mai largi de situații.

Termenul de „desensibilizare sistematică" îi aparține lui Wolpe (1969). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sînt altceva decît răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metodă prin care pacientul este învățat să rămînă calm și relaxat în situații anxiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:

a) Învățarea relaxării.

Aceasta se realizează în primele șase ședințe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson (1938). În unele situații se poate apela și la alte tehnici de relaxare, hipnoză, meditație și chiar la medicamente menite să faciliteze destinderea subiectului.

b) Stabilirea ierarhiilor.

Tot în cursul primelor ședințe de psihoterapie se stabilește o ierarhie a situațiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare, de la situația cea mai anxiogenă pînă la cea mai puțin anxiogenă. De pildă, în cazul unui copil cu fobie de cîini, contactul direct cu animale mari poate reprezenta stimulul cel mai anxiogen, pozele cu cîini și prezența altor animale mici cu blană reprezentînd, în ordine, stimuli mai puțin anxiogeni.

c) Procedeul desensibilizării.

După ce subiectul îşi însuşeşte tehnica de relaxare, i se cere să se relaxeze cu ochii închişi, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începînd cu unele neutre şi înaintînd progresiv pe scala ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, deja relaxat, este solicitat să-şi imagineze fiecare situaţie descrisă de terapeut. În momentul în care pacientul confirmă instalarea anxietăţii, şedinţa se încheie. Tratamentul continuă pînă cînd pacientul devine capabil să rămînă relaxat în timp ce îşi reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacţie anxioasă de amploare.

Durata medie a unei şedinţe de desensibilizare este de 30 minute, şedinţele avînd loc de două-trei ori pe săptămînă. Un program complet de psihoterapie durează de la cîteva săptămîni la cîteva luni.

Există şi variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc *in vivo*, pacientul fiind instruit să se confrunte şi cu situaţiile reale pe care şi le-a imaginat în timpul şedinţelor de psihoterapie.

Wolpe (1969) a subliniat următoarele situaţii în care tehnica desensibilizării s-a dovedit ineficientă:

- la pacienţi cu dificultăţi în învăţarea relaxării;
- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxiogeni sînt irelevante sau pot ghida greşit subiectul;
- în condiţiile existenţei unei inabilităţi imaginative a subiectului.

Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utilă într-o serie de situaţii cum ar fi: reducerea tracului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, precum şi în unele cazuri de impotenţă şi frigiditate.

3. Psihoterapia aversivă

Această metodă îşi propune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancţiunilor. Sancţiunea presupune în egală măsură înlăturarea întăririlor pozitive şi utilizarea unor stimuli aversivi. Stimulii aversivi cel mai des utilizaţi sînt şocurile electrice. Deşi utile, pedepsele sînt rareori folosite ca unică metodă de tratament.

Tehnica aversivă a fost pentru prima oară utilizată sistematic de către Kantorovich (1930), care a tratat o serie de pacienţi alcoolici prin administrarea unor şocuri electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul şi gustul unor băuturi alcoolice.

Ulterior, tehnica aversivă s-a extins la o gamă largă de tulburări sau deprinderi greşite, pe lîngă consumul de băuturi alcoolice: fumatul, bulimia, dependenţa de droguri, deviaţii sexuale şi chiar în cazul unor comportamente psihotice bizare.

La ora actuală, utilizarea şocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, nu numai din cauza aspectelor etice implicate, dar şi a faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendinţa de a se generaliza şi la alte situaţii în afară de acelea asupra cărora s-a acţionat direct.

Au fost puse la punct procedee mai puţin periculoase şi mai eficiente, cum ar fi, de pildă, metoda întăririi diferenţiate, în cadrul căreia sînt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.

Psihoterapia aversivă reprezintă o modalitate de stopare a răspunsurilor dezadaptative pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea producerii unor modificări în stilul de viaţă al subiectului, prin încurajarea modelelor de comportament adaptative ce manifestă tendinţa de a se autoîntări. Formarea noilor comportamente alternative prezintă o importanţă deosebită; *altfel*, pacientul se va abţine de la comportamentul nedorit pe parcursul psihoterapiei, dar îl va relua ulterior, în situaţiile de viaţă în care se simte în siguranţă.

4. Metoda modelării

Această metodă presupune însuşirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.

Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut şi încurajat să le imite. Astfel, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimentare independentă la copiii deficienţi mintal.

5. Psihoterapia asertivă

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat nu numai ca metodă de desensibilizare, dar şi de formare a abilităţilor de a face faţă diverselor situaţii de viaţă. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor cu dificultăţi în stabilirea unor contacte interpersonale din cauza anxietăţii accentuate care le împiedică să se exprime liber şi chiar să-şi manifeste afecţiunea.

Psihoterapia asertivă este indicată şi în cazul subiecţilor care, în mod constant, îi lasă pe ceilalţi să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor.

Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăţa pe subiect să-şi exprime deschis şi adecvat gîndurile şi sentimentele. Acest antrenament se desfăşoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat iniţial în cabinetul de psihoterapie şi abia ulterior în viaţa reală. Psihoterapeutul trebuie să acorde o atenţie deosebită dezvoltării unor deprinderi şi abilităţi de relaţionare interpersonală.

Pacienţii timizi sînt învăţaţi să adreseze altor persoane remarce directe şi mai puţin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarce de tipul: „Nu-mi place cum te-ai pieptănat" sau „Această rochie nu-ţi stă bine" etc.).

Wolpe (1969 b) a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal.

De asemenea, tehnica e contraindicată şi în cazul anumitor situaţii interpersonale; de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situaţia, decît să o rezolve.

Orientarea cognitivă în psihoterapie

David Burns (1989) subliniază faptul că terapia cognitivă se bazează pe principiul conform căruia gîndurile şi atitudinile noastre şi nu evenimentele exterioare influenţează dispoziţia persoanei. Astfel, atunci cînd un individ este supărat, el nutreşte gînduri pesimiste cu privire la lume şi la propria persoană.

Depresivul pare să spună: „totul e lipsit de sens"; „sînt un ratat"; „niciodată n-o să mă mai simt bine", în timp ce anxiosul gîndeşte: „ce se va întîmpla dacă îmi voi pierde controlul şi voi claca?".

Deşi aceste gînduri negative sînt de cele mai multe ori distorsionate şi lipsite de temei logic, ele creează impresia că au o bază reală.

Psihoterapia cognitivă are menirea de a-l ajuta pe subiect să-şi formeze un set de atitudini mai realiste şi cu conţinut pozitiv şi este considerată astăzi cea mai eficientă formă de psihoterapie.

Numeroase studii realizate la diverse universităţi şi institute de cercetări din Statele Unite au demonstrat faptul că acest gen de terapie are efecte tot atît de rapide ca şi medicaţia antidepresivă. Mai mult, pacienţii care beneficiază de psihoterapie cognitivă nu mai prezintă tulburări depresive o perioadă mai îndelungată decît cei trataţi medicamentos, ceea ce înseamnă că aceştia şi-au elaborat anumite tehnici de autoreglare psihică, tehnici ce le vor permite să facă faţă şi stresului care ar putea să apară ulterior.

Mulți oameni susțin că proasta lor dispoziție e generată de evenimentele exterioare. Astfel, un tînăr își spune în gînd: „cum pot să fiu fericit dacă m-a părăsit prietena. N-am avut niciodată succes la femei", iar altul gîndește astfel: „cum pot să mă simt bine dacă nu am o carieră strălucită. Sînt o ființă inferioară, asta-i realitatea!".

Alții consideră că starea lor psihică negativă e determinată de dezechilibrul hormonal, reacțiile biochimice ale organismului sau de psihotraumele suferite în copilărie și reprimate undeva în inconștient.

Există și persoane cărora li se pare normal să se simtă rău pentru că sînt bolnave, au suferit o pierdere sau pentru că viața este prea grea: nu sînt bani, impozitele cresc și războiul bate la ușă.

Desigur, aceste idei conțin un sîmbure de adevăr, în sensul că stările noastre emoționale sînt influențate de evenimentele externe, de chimismul organismului sau de psihotraumele din trecut. Ceea ce au însă în comun teoriile menționate mai sus este faptul că sentimentele și emoțiile noastre nu pot fi controlate și că ființa umană reprezintă o victimă a împrejurărilor, ceea ce nu corespunde realității.

Dacă cineva dorește să se simtă mai bine, trebuie să înțeleagă faptul că atitudinile și gîndurile sînt cele care declanșează stările emoționale ale persoanei, așadar, dacă aceasta își va schimba modul de a gîndi, se vor modifica și stările afective și comportamentul său.

Pentru a ilustra felul în care modul de gîndire influențează stările afective, Burns (1989, p. 4) dă următorul exemplu:

„Să ne imaginăm că adresez un compliment mai multor pacienți. Unul se va simți flatat și fericit, altul deprimat, iar altul iritat și nervos. Toate acestea se întîmplă pentru că indivizii în cauză au reprezentări diferite despre complimentul pe care tocmai l-au primit. Astfel, unul își va spune: *ce bine, psihoterapeutul chiar mă simpatizează*, altul: *terapeutul încearcă să*

fie drăguț cu mine, dar nu crede cu adevărat ceea ce afirmă, iar al treilea va gîndi astfel: *psihoterapeutul încearcă să mă flateze, înseamnă că vrea ceva de la mine.*"

În toate cele trei situații, evenimentul extern este același, însă atitudinile subiecților față de acesta diferă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală îi ajută pe subiecți să-și revizuiască comportamentul prin modificarea modului de a gîndi care, așa cum am mai subliniat, își va pune pecetea asupra stărilor afective.

Persoana care izbutește să-și schimbe modelele negative de gîndire și să privească viitorul într-un mod mai optimist și mai realist va avea o imagine de sine mai bună, nu va trăi stări de depresie și anxietate, va stabili relații satisfăcătoare cu ceilalți și va înregistra un randament sporit în activitate.

Înainte de a învăța modul în care ne putem elibera de stările noastre afective proaste, trebuie să înțelegem faptul că fiecare emoție sau sentiment negativ este rezultatul unui gînd negativ.

Burns (1989, p. 6–7) prezintă o listă care ilustrează modul în care gîndurile sînt legate de stările afective ale persoanei.

Gîndurile şi stările afective declanşate de acestea
(Burns, 1989, p. 6–7)

Stări afective Emoţii	*Gînduri care declanşează stările afective*
Tristeţe sau depresie	Gînduri legate de o pierdere: respingerea subiectului de către o persoană iubită, moartea unei persoane iubite, pierderea serviciului, eşecul în îndeplinirea unui obiectiv personal important.
Culpabilitate sau ruşine	Subiectul crede că a rănit pe cineva sau că nu a reuşit să trăiască după propriile sale norme morale. Culpabilitatea derivă din autocondamnare, în timp ce ruşinea implică teama persoanei că îşi va pierde prestigiul atunci cînd ceilalţi vor afla cum s-a comportat.
Supărare, iritare, ofensare sau resentimente	Subiectul crede că altcineva îl nedreptăţeşte sau încearcă să profite de pe urma sa.
Frustrare	Datele realităţii nu corespund expectaţiilor persoanei. Subiectul îşi doreşte ca lucrurile să se fi desfăşurat altfel. Acest lucru se poate referi la propriile performanţe („nu ar fi trebuit să fac greşeala aceasta"), la ceea ce face o altă persoană („ea ar fi trebuit să vină la timp") sau la un eveniment extern („de ce este traficul atît de intens tocmai atunci cînd mă grăbesc!").
Anxietate, îngrijorare, nervozitate sau panică	Subiectul crede că se află în pericol pentru că se poate produce un eveniment negativ („Dacă avionul se va prăbuşi?" „Dacă durerea din piept este simptomul unui infarct?").
Inferioritate şi sentimente de subestimare	Persoana se compară cu cei din jur şi ajunge la concluzia că nu este tot atît de valoroasă ca aceştia (nu e la fel de talentată, inteligentă, atrăgătoare, plină de succes).

Sentimente de singurătate	Subiectul îşi spune că este condamnat să fie nefericit pentru că este singur şi nu primeşte suficientă dragoste şi atenţie de la cei din jur.
Lipsă de speranţă sau descurajare	Persoana este convinsă de faptul că necazurile vor continua la nesfîrşit şi că lucrurile nu se vor îndrepta nicicînd. „Nu voi reuşi niciodată să scap de depresia asta." „Nu voi fi în stare să slăbesc şi să-mi menţin greutatea optimă."

Ceea ce trebuie să conştientizeze subiectul este faptul că, în pofida convingerii sale cu privire la validitatea gîndurilor negative, majoritatea acestora sînt distorsionate şi nerealiste. Astfel, cineva care se desparte de iubita sa îşi va spune: „Este numai vina mea. Nu pot să fiu iubit de nimeni. Niciodată n-o să-mi găsesc o prietenă şi n-o să mai pot să mă apropii de nimeni".

Burns (1989) precizează însă faptul că, uneori, gîndurile negative sînt adevărate şi realiste, situaţie în care subiectul trebuie să înveţe să accepte stările afective generate de acestea şi să facă faţă în mod adecvat situaţiei. Astfel, dacă partenerul de viaţă se îmbolnăveşte grav, e firesc să ne simţim speriaţi şi îngrijoraţi.

Autorul porneşte de la ideea că subiectul doritor de autoperfecţionare trebuie să facă distincţia între gîndurile realiste şi emoţiile adecvate situaţiei şi cele distorsionate, autoperturbatoare.

Prezentăm în continuare cele zece forme de gîndire distorsionată (Burns, 1989, p. 8–9)

1. Stilul de gîndire de tipul „totul sau nimic"

Reprezintă tendinţa de a aprecia lucrurile în culori extreme: alb-negru. Dacă un anumit lucru nu a fost realizat perfect,

acesta va fi considerat un eşec. Astfel, o tînără care face cură de slăbire şi mănîncă o linguriţă de îngheţată îşi spune: „dieta mea este total compromisă". Gîndul negativ o supără atît de mult încît pînă la urmă mănîncă toată cutia cu îngheţată.

2. Supragenerălizarea
Subiectul consideră că un eveniment negativ singular reprezintă un model care se va repeta la nesfîrşit, utilizînd termeni ca „totdeauna", „niciodată". Tînărul părăsit de iubită îşi va spune: „niciodată n-o să-mi mai găsesc o prietenă".

3. Filtrarea mentală cu concentrare asupra negativului
Subiectul alege un singur eveniment negativ şi se concentrează atît de puternic asupra acestuia încît întreaga realitate devine deformată şi întunecată. Astfel, dacă un autor a auzit mai multe comentarii elogioase referitoare la cartea sa şi doar unul negativ, el va fi obsedat zile în şir doar de respectivul comentariu critic.

4. Desconsiderarea pozitivului
Persoana respinge toate experienţele pozitive, afirmînd că acestea nu contează. Astfel, dacă aceasta a realizat un lucru bun, îşi va spune fie că acel lucru nu este suficient de bun, fie că oricine altcineva ar fi procedat la fel.

5. Desprinderea unor concluzii pripite
Se referă la interpretarea negativă a unor situaţii atunci cînd nu există suficiente date care să stea la baza concluziilor formulate.
În această categorie sînt incluse:
- citirea gîndurilor: subiectul conchide în mod arbitrar că cineva îi este ostil, fără să verifice acest lucru.
- ghicirea viitorului: subiectul prezice faptul că lucrurile vor lua o întorsătură nefericită.

Astfel, înainte de a da un examen, subiectul îşi spune: „voi cădea cu siguranţă la acest examen".

6. Amplificarea
Subiectul exagerează importanţa problemelor sau defectelor sale, minimalizîndu-şi calităţile.

7. Judecata afectivă
Subiectul presupune că stările sale afective negative reflectă realitatea. „Mi-e frică să zbor cu avionul. Asta înseamnă că este foarte periculos să călătoreşti cu avionul" sau: „Mă simt inferior şi asta înseamnă că nu este nimic de capul meu" etc.

8. Imperativele categorice
Individul gîndeşte că lucrurile trebuie neapărat să corespundă dorinţelor sau expectaţiilor sale. Astfel, un student eminent îşi spune, după ce a dat un examen greu: „nu ar fi trebuit să fac atîtea greşeli", iar o tînără, la rîndul ei, gîndeşte astfel: „el trebuie neapărat să mă iubească şi să se comporte aşa cum doresc eu". Afirmaţiile de tipul „trebuie neapărat", referitoare la propria persoană, generează culpabilitate şi frustrare, în timp ce acelaşi tip de afirmaţii cu privire la ceilalţi sau la lumea înconjurătoare conduc la supărare şi frustraţie. („El nu ar fi trebuit să fie atît de încăpăţînat şi certăreţ.")

9. Etichetarea
Reprezintă o formă extremă a tipului de gîndire „totul sau nimic". Astfel, în loc să-şi spună: „am făcut o greşeală", subiectul îşi adaugă o etichetă: „sînt un ratat".
Etichetarea reprezintă o modalitate iraţională de a gîndi, pentru că oamenii nu pot fi identificaţi în totalitate. Oamenii reprezintă fiinţe reale, în timp ce „rataţii", „frustraţii" sau „nebunii" nu sînt altceva decît abstracţiuni care generează mînie, anxietate, frustraţie şi imagine de sine scăzută.

Etichetele negative pot fi aplicate şi altor persoane. Astfel, dacă cineva ne-a făcut o nedreptate, avem tendinţa de a-l cataloga drept un om rău.

10. Personalizarea şi blamarea

Personalizarea apare atunci cînd subiectul se simte responsabil pentru o situaţie pe care nu o controlează pe deplin. Astfel, o soţie maltratată de soţ îşi poate spune: „dacă aş fi mai bună la pat, el nu m-ar mai bate".

Există însă şi persoane care procedează invers, blamîndu-i pe alţii sau împrejurările pentru necazurile lor şi ignorînd modul în care ei au contribuit la apariţia problemelor respective. „Căsnicia mea merge atît de prost deoarece soţul meu este total iresponsabil".

Blamarea altora nu dă rezultate bune, pentru că persoana blamată se va simţi transformată în „ţap ispăşitor" şi va avea tendinţa de a arunca înapoi vina asupra celui care a blamat-o.

Datorită accentului deosebit pe care-l pune pe tehnicile de restructurare atitudinală, psihoterapia cognitiv-comportamentală conţine numeroase elemente comune cu psihoterapia raţional-emotivă, multe din metodele utilizate fiind foarte asemănătoare.

O direcţie şi mai modernă o reprezintă orientarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie.

Termenul de terapie cognitiv–comportamentală îşi are originile atît în domeniul psihologiei cognitive, care pune accent pe rolul ideilor asupra comportamentului, cît şi în cel al psihologiei comportamentaliste, cu orientarea sa riguros centrată pe obţinerea unor performanţe. Cu alte cuvinte, terapia cognitiv-comportamentală este o combinaţie între tehnicile compor-tamentale şi cele cognitive.

La ora actuală există o multitudine de demersuri cognitiv-comportamentaliste care au în comun mai ales două aspecte:

- convingerea că procesele cognitive influențează atît motivația, cît și comportamentul;
- utilizarea tehnicilor de modificare a comportamentului într-o manieră pragmatică.

În cursul ședințelor de psihoterapie, terapeutul și pacientul recurg la principiile învățării pentru a modifica structurile cognitive ale pacientului, evaluînd permanent efectele pe care le au aceste schimbări în comportament și în stilul de gîndire.

În lucrarea de față vom prezenta cîteva dintre metodele specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale cu aplicații în tratamentul unor tulburări emoționale, dar și în optimizarea comportamentului și creșterea rezistenței la stres a unor subiecți considerați sănătoși.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 2

TULBURĂRILE DE DISPOZIȚIE

1. Tulburările anxioase

Marina se trezește brusc aproape în fiecare noapte, la cîteva ore după ce s-a culcat, cu tahicardie, senzație de nod în gît, amețeli și teamă că va muri. Deși tremură toată, Marina nu știe ce se petrece cu ea.

După ce s-a chinuit mai multe nopți, ea a decis să consulte un medic cardiolog, dar acesta nu i-a găsit absolut nimic.

Corina prezenta simptome asemănătoare cu acelea ale Marinei atunci cînd se afla în public. Ea se temea că își va pierde controlul și că ceilalți o vor desconsidera din acest motiv. De curînd, ea a încetat să mai meargă singură la cumpărături, preferînd să iasă în oraș doar împreună cu prietenul ei. Mai mult, atunci cînd se afla la teatru sau la restaurant, ea se simțea cuprinsă de panică și manifesta tendința imperioasă de a părăsi locul respectiv.

Simptomele s-au accentuat treptat și s-au extins și asupra situației de la locul de muncă. Astfel, la scurt timp de la sosirea la serviciu, tînăra era cuprinsă de teama de a-și pierde autocontrolul și simțea nevoia să iasă din birou.

Doru, inginer șef de serviciu, avea mari probleme atunci cînd trebuia să ia cuvîntul la ședințe. În momentul în care șeful lui i-a cerut să prezinte în fața salariaților un raport de

activitate a sectorului său, pacientul a devenit extrem de nervos, manifestînd următoarele simptome: transpiraţii abundente, tremor, ameţeală, senzaţie de sufocare şi tahicardie. O dată ajuns acasă, Doru s-a gîndit să-şi dea demisia.

Cristian este foarte jenat de faptul că, de cîtva timp, simte o teamă ciudată pe care îi este greu s-o împărtăşească pînă şi soţiei; astfel, în timp ce conduce maşina, el se teme că a călcat un om sau un animal. Deşi nu are nici o dovadă că acest lucru s-a petrecut în realitate, subiectul simte dorinţa compulsivă să se întoarcă înapoi şi să verifice traseul pe care a mers, pentru a fi sigur că nu a accidentat pe nimeni. În ultimele luni, gîndul că a accidentat pe cineva a devenit atît de obsedant încît Cristian reface drumul cu maşina în sens invers, de 4-5 ori, pentru a se asigura că nu s-a întîmplat nimic.

Cristian, tînăr patron al unei firme de succes, resimte dureros nevoia de a face verificări permanente şi se întreabă mereu dacă nu cumva a înnebunit.

Toţi aceşti subiecţi trăiesc o stare de anxietate patologică, ce se deosebeşte de anxietatea normală, pe care toţi oamenii o trăiesc în anumite situaţii, prin doi indicatori:

- starea scapă de sub controlul subiectului şi sentimentul lipsei de control sporeşte şi mai mult anxietatea;
- anxietatea perturbă ritmul normal de viaţă al subiectului, împiedicîndu-l să desfăşoare acţiuni pe care înainte le îndeplinea cu uşurinţă.

Pacienţii din exemplele de mai sus suferă de următoarele tulburări psihopatologice: atacuri de panică, agorafobie, fobie socială şi tulburare obsesiv-compulsivă.

Anxietatea se distinge de teamă prin faptul că aceasta din urmă este îndreptată de obicei spre obiecte şi situaţii concrete care există ca ameninţări reale: teama de a pierde un examen, de a nu avea suficienţi bani, de a nu putea termina la timp o lucrare etc.

Anxietatea are un caracter mult mai difuz, subiectul în cauză neputînd să precizeze motivul fricii. Teama se foca-

lizează mai difuz, pericolul potențial fiind vag conturat. Astfel, subiectul poate trăi cu spaima că își va pierde autocontrolul sau că se va întîmpla ceva rău, fără să știe ce anume.

Anxietatea afectează toate aspectele ființei umane: starea fiziologică a organismului, starea psihică și comportamentul.

În plan fiziologic, anxietatea produce simptome psihosomatice cum ar fi: tahicardie, contractură musculară, amețeli, transpirații abundente, nod în gît, senzații de sufocare etc.

În plan psihologic, anxietatea se manifestă ca o stare subiectivă de aprehensiune a unui pericol iminent, acompaniată de un disconfort general. În formele extreme, subiectul se poate simți detașat de propria persoană sau speriat de gîndul că va muri sau va înnebuni.

În plan comportamental, anxietatea poate compromite capacitatea subiectului de a acționa, de a se exprima și de a face față unor situații.

Programul de psihoterapie a anxietății trebuie să implice intervenții la trei niveluri:

- reducerea reactivității fiziologice;
- eliminarea comportamentului de evitare;
- modificarea interpretărilor subiective (vorbirea interioară) care perpetuează starea de disconfort și îngrijorare.

Anxietatea se poate manifesta sub diverse forme și la diferite niveluri de intensitate, de la o stare de disconfort pînă la un atac de panică implicînd palpitații, dezorientare spațio-temporală și chiar groază.

În tratatele de psihiatrie, anxietatea este definită ca teamă difuză, fără un obiect bine precizat.

Diferența dintre anxietate (difuză) și atacul de panică constă în aceea că, în al doilea caz, subiectul trăiește simultan patru sau mai multe din următoarele simptome:

- respirație accelerată;
- palpitații (tahicardie sau puls neregulat);

- tremor;
- transpirație abundentă;
- senzație de sufocare;
- senzație de greață sau alte tulburări digestive;
- senzație de amețeală;
- senzație de detașare (subiectul pierde contactul cu propria persoană);
- valuri de căldură sau frig;
- teama că va muri;
- teama că își va pierde autocontrolul și va înnebuni.

În cazul în care anxietatea se manifestă doar ca răspuns la un stimul specific, aceasta este denumită anxietate situațională sau fobică.

Anxietatea situațională se deosebește de teama pe care o încearcă orice om în anumite situații prin intensitatea ei disproporționată, precum și prin caracterul său nerealist și prin evitarea sistematică a situației anxiogene.

Adesea, anxietatea poate fi produsă doar prin simpla imaginare a unei situații specifice, subiectul temîndu-se de consecințe în cazul în care se va confrunta cu obiectul fobiei sale. Acest tip de anxietate poartă numele de anxietate anticipatorie. În formele sale ușoare, anxietatea anticipatorie nu se deosebește prea mult de simpla îngrijorare, dar atunci cînd ea devine deosebit de intensă, va îmbrăcă forma panicii anticipatorii.

Între anxietatea (sau panica) spontană și anxietatea (sau panica) anticipatorie există o diferență foarte mare, în sensul că prima stare emoțională tinde să ajungă la apogeu foarte rapid (pînă la 5 minute) și descrește treptat vreme de aproximativ o oră, în timp ce anxietatea anticipatorie se amplifică progresiv la confruntarea cu situația anxiogenă, dar mai ales la imaginarea ei, apoi descrește brusc. Astfel, subiectul poate fi stresat timp de o oră în legătură cu un posibil pericol, dar stresul dispare de îndată ce subiectul își ocupă mintea cu altceva.

Anxietatea şi tulburarea anxioasă

Anxietatea reprezintă o dimensiune a vieţii cotidiene, deoarece multe din situaţiile cu care se confruntă fiinţa umană sînt anxiogene.

Tulburările anxioase se disting de anxietatea normală prin următoarele caracteristici:

- sînt mult mai intense;
- durează un timp mai îndelungat;
- interferă cu activitatea şi viaţa de zi cu zi.

În Manualul Diagnostic şi Statistic al Tulburărilor Mentale (D.S.M. IV) se disting următoarele tulburări anxioase (după Bourne, 1995, p. 4):

- atacul de panică (tulburarea de tip panică);
- agorafobia;
- fobia socială;
- fobiile specifice;
- tulburarea cu anxietate generalizată;
- tulburarea obsesiv-compulsivă;
- tulburarea datorată stresului posttraumatic;
- tulburarea acută de stres;
- agorafobia fără atacuri de panică în istoria bolii;
- tulburarea anxioasă datorată unor probleme somatice;
- tulburarea anxioasă ca urmare a ingerării unor substanţe chimice.

Atacul de panică (Tulburarea de tip panică)

Se caracterizează prin apariţia unor episoade acute de panică intensă, din senin, fără vreo cauză aparentă.

De regulă, panica nu durează mai mult de cîteva minute, iar în cazuri rare revine în „valuri", la intervale de maximum două ore.

În timpul atacului de panică se înregistrează următoarele simptome:

- respirație accelerată sau senzație de nod în gît;
- palpitații (puls accelerat);
- amețeli, nesiguranță în picioare, senzație de leşin;
- tremor generalizat;
- senzație de sufocare;
- transpirații;
- senzație de greață sau alte tulburări digestive;
- senzația de irealitate (depersonalizare);
- amorțeli sau furnicături în brațe şi picioare;
- valuri de căldură sau frig;
- dureri sau disconfort în zona pieptului;
- teama de a nu pierde controlul sau de a înnebuni;
- teama de moarte.

Dacă subiectul prezintă cel puțin patru din simptomele de mai sus, avem de-a face cu un atac de panică integral, iar dacă simptomele sînt în număr de două sau trei, ne referim la un atac de panică cu simptomatologie limitată.

Atacul de panică se va diagnostica atunci cînd:

1) subiectul a suferit două sau mai multe atacuri de panică;
2) măcar unul dintre cele două atacuri de panică a fost urmat de îngrijorarea persistentă că va surveni un alt atac.

Trebuie subliniat faptul că atacul de panică nu are legătură cu vreo fobie, panica instalîndu-se brusc, fără un motiv evident, şi nu la confruntarea cu vreo situație fobică.

De asemenea, atacul de panică nu este indus de consumul de medicamente sau de starea fiziologică a organismului, dar există şi situații cînd atacul de panică coexistă cu prolapsul de valvă mitrală, afecțiune ce produce o aritmie benignă.

Simptomatologia psihosomatică îl determină pe subiect să se adreseze medicilor specialişti, mai ales cardiologilor.

Pacientul poate suferi două-trei atacuri de panică unul după altul, după care traversează o perioadă liniştită care poate dura cîţiva ani sau cîteva luni. În unele situaţii, primul atac de panică este urmat de cîteva atacuri care apar de două-trei ori pe săptămînă. În toate aceste cazuri, pacientul acuză anxietate anticipatorie, legată de posibilitatea apariţiei unui nou atac de panică.

Atacul de panică se diagnostichează numai după ce au fost excluse cauzele medicale sau fiziologice cum ar fi: hipoglicemia, hipertiroidia, intoxicaţiile cu cofeină sau fenomenele de sevraj la alcool, tranchilizante ori sedative.

Cauzele tulburării de tip panică includ o combinaţie a unor factori ce ţin de dezechilibrul biochimic de la nivelul metabolismului cerebral, precum şi de stresul personal. Pierderile bruşte sau marile schimbări din viaţa individului pot sta la baza apariţiei atacurilor de panică.

Atacurile de panică debutează în adolescenţa tîrzie sau în prima tinereţe şi sînt însoţite, de cele mai multe ori, de agorafobie. Astfel, doar un procent de 1 – 2% dintre pacienţi suferă de atacuri de panică în stare pură, în timp ce aproape 5% trăiesc atacuri de panică asociate cu agorafobie.

Cazurile uşoare de atacuri de panică pot fi tratate fără medicamente, prin reducerea stresului şi ameliorarea condiţiei fizice.

Programul de psihoterapie cuprinde:

- exerciţii fizice;
- relaxare;
- alimentaţie corespunzătoare;
- restructurarea atitudinală în sensul unei abordări mai relaxate a existenţei.

Agorafobia

Dintre toate tulburările anxioase, agorafobia este cea mai răspîndită, aproximativ 5% din populație suferind în grade diferite de această tulburare.

Deşi termenul de agorafobie semnifică teama de spații deschise, esența agorafobiei constituie spaima de a nu suferi un atac de panică.

Subiectul se teme să se afle în situații care ar exclude posibilitatea acordării ajutorului medical în cazul unui atac de panică. Majoritatea agorafobicilor se tem şi de reacția oamenilor, în eventualitatea în care ei vor suferi un atac de panică.

Frecvent, agorafobicii evită o serie de situații obişnuite cum ar fi:

- locuri aglomerate (magazine, restaurante, săli de cinematograf etc.);
- locuri de unde se poate ieşi cu dificultate: tuneluri, poduri, coafor etc.;
- mijloace de transport în comun;
- a rămîne singuri acasă.

Poate că cea mai frecvent întîlnită particularitate a agorafobicilor o constituie teama de a se afla departe de casă sau de o persoană care inspiră încredere (partener de viață, părinte, prieten etc.).

Subiectul poate evita să conducă maşina singur sau să se afle neînsoțit departe de casă.

În cazurile mai severe, persoana nu se poate depărta decît cîțiva paşi de casă sau nu este în stare să părăsească locuința.

Agorafobicii trăiesc permanent o anxietate anticipatorie, dominați de spaima că vor putea fi surprinşi într-o situație în care vor fi cuprinşi de panică. Datorită restrîngerii sferei activităților, pacienții trăiesc şi o stare depresivă.

Agorafobia pare să fie produsă de atacuri de panică (Bourne, 1995). Astfel, la început, subiectul este cuprins de

atacuri de panică fără vreun motiv bine determinat, apoi începe să se teamă de faptul că atacurile de panică se vor produce tot mai frecvent atunci cînd el este singur sau departe de casă. În felul acesta se instalează teama de a înfrunta situațiile respective.

În momentul în care persoana începe să evite anumite situații de teama declanșării unui atac de panică, avem de-a face cu agorafobia, care poate îmbrăca forme ușoare, moderate sau severe.

În formele ușoare, subiectul are o senzație de disconfort în anumite situații, dar încă nu le evită. (De pildă, își face cumpărăturile singur, dar preferă să nu se depărteze de casă.)

Formele moderate se caracterizează prin evitarea unor situații cum ar fi călătoria cu mijloacele de transport în comun, mersul la spectacole, restaurant, condusul mașinii departe de casă etc. Cu toate acestea, restricțiile sînt parțiale și persoana se poate descurca în unele condiții în afara locuinței sau în absența unei persoane de încredere.

Agorafobia severă se caracterizează prin incapacitatea totală a subiectului de a părăsi neînsoțit locuința.

Agorafobia are atît cauze ereditare, cît și cauze dobîndite, acestea din urmă fiind următoarele:

- părinți perfecționiști sau hipercritici;
- părinți hiperprotectori;
- părinți excesiv de anxioși care le comunică în mod indirect copiilor faptul că lumea reprezintă un loc periculos.

Agorafobia afectează persoane din toate straturile sociale și este mai răspîndită în rîndul femeilor, deși procentul acestora este în scădere. Într-o primă etapă, tratamentul agorafobiei presupune relaxare și învățarea subiectului să facă față atacurilor de panică. În cazurile mai severe, se impune inițierea tratamentului medicamentos. Etapa a doua a psihoterapiei presupune realizarea unor expuneri gradate la stimulii anxiogeni,

întîi în plan imaginativ şi apoi în plan real. Deoarece agorafobicii au dificultăţi în afirmarea propriilor opinii şi drepturi, psihoterapeuţii indică şi tratamentul asertiv.

Fobia socială

Aceasta reprezintă una dintre cele mai cunoscute tulburări anxioase, care se manifestă prin teama subiectului de a fi umilit sau de a se simţi prost în situaţii în care este observat de ceilalţi sau trebuie să realizeze o performanţă în public. Teama respectivă este mai puternică decît cea pe care o încearcă oamenii normali în aceleaşi circumstanţe, făcîndu-l să suporte cu greu sau chiar să evite situaţiile sociale.

De regulă, individul se teme că va spune ceva sau că se va comporta într-un astfel de mod încît ceilalţi îl vor considera excesiv de anxios, cu un caracter slab, „nebun" sau prost.

Anxietatea subiectului este deosebit de intensă şi, de regulă, acesta conştientizează caracterul ei exagerat. (Doar copiii cu agorafobie nu-şi dau seama de caracterul disproporţionat al fricilor lor.)

Cea mai frecvent întîlnită fobie socială este teama de a vorbi în public, aceasta afectînd mai ales persoanele care trebuie să ia cuvîntul în prezenţa celorlalţi: profesori, manageri, studenţi, elevi etc.

Menţionăm şi alte tipuri de fobii sociale:

- teama de a nu se înroşi în public;
- teama că s-ar putea îneca sau scuipa atunci cînd mănîncă în public;
- teama de a fi observat atunci cînd lucrează;
- teama de a redacta sau semna documente în prezenţa altora;
- teama de a utiliza un W.C. public;
- teama de a se afla în mulţime;
- teama de a susţine examene.

De multe ori, fobia socială este mai puțin specifică și implică teama generalizată de a se afla în orice situație socială (teama de a înjgheba o conversație, de a vorbi cu o persoană investită cu autoritate, de a participa la reuniuni etc.). Toate acestea reprezintă forme ale fobiei sociale generalizate.

Deși anxietatea socială este un fenomen larg răspîndit, vom diagnostica fobia socială numai atunci cînd fenomenele de evitare interferează cu activitatea profesională, socială, cu relațiile interpersonale, și cînd produc subiectului un disconfort pronunțat.

Ca și în cazul agorafobiei, atacurile de panică pot acompania fobia socială, conținutul lor fiind însă legat mai ales de teama de a suferi o umilință sau de a fi pus în dificultate în fața celorlalți.

În general, fobia socială apare mai timpuriu decît agorafobia, primele manifestări fiind înregistrate în copilăria tîrzie sau în adolescență; ea se dezvoltă mai ales la copiii timizi, atunci cînd sînt supuși presiunii psihologice exercitate de colegi și profesori.

De regulă, fobia socială persistă, în absența tratamentului, pe toată perioada adolescenței și în tinerețe, avînd tendința să diminue la vîrsta adultă.

Studiile recente au evidențiat faptul că fobia socială afectează între 1,8 și 3,2 % din populația Statelor Unite și este de trei ori mai răspîndită în rîndul bărbaților decît al femeilor.

Psihoterapia fobiei sociale presupune expunere gradată la situațiile anxiogene în plan real, terapie asertivă și ameliorarea autostimei.

Fobiile specifice

Acestea implică o teamă puternică și evitarea unor situații sau obiecte precis delimitate. Expunerea directă la obiectul anxietății produce un atac de panică, iar teama și reacția de

evitare sînt suficient de puternice pentru a interfera cu viața normală, activitatea profesională, relațiile sociale, producînd un serios disconfort subiectului. Deși recunoaște caracterul irațional al fricii sale, acesta nu-și poate stăpîni anxietatea.

Cele mai răspîndite fobii sînt:

1. Fobia de animale

Se poate referi la teama de șerpi, șobolani, insecte, cîini sau alte animale. De cele mai multe ori, aceste fobii debutează în copilărie, cînd sînt considerate frici normale.

În cazurile în care aceste frici persistă la vîrsta adultă și perturbă existența obișnuită a subiectului, putem considera că avem de-a face cu fobii specifice.

2. Acrofobia (fobia de înălțime)

Subiectul cu acrofobie se teme să urce la etajele superioare ale unor clădiri, pe stînci, dealuri, poduri înalte etc. În astfel de situații, persoana respectivă trăiește: a) o senzație de amețeală sau b) tendința de a se arunca de la înălțime (de regulă, simte cum o forță uriașă o împinge să facă acest lucru).

3. Claustrofobia

Reprezintă teama subiectului de a rămîne singur în spații închise, de regulă de dimensiuni mici. Un tip de claustrofobie mai des întîlnit este fobia de ascensor, deși în acest caz pot interveni și unele elemente de acrofobie.

Subiectul se teme de faptul că se vor rupe cablurile și liftul va cădea sau că va rămîne închis în ascensor. El poate manifesta și reacții de panică, deși nu are în antecedente astfel de atacuri sau agorafobie.

4. Fobia de zbor cu avionul

De cele mai multe ori, implică teama subiectului că va cădea sau că avionul se va depresuriza, provocîndu-i asfixierea. Mai recent, a apărut fobia că avionul va fi deturnat sau că va exploda din cauza unei bombe. În timpul zborului, subiectul poate suferi un atac de panică, deși în antecedentele sale n-a existat o asemenea tulburare.

4. Fobia de medici şi mai ales de stomatolog

Aceasta debutează cu teama de proceduri medicale dureroase, generalizîndu-se apoi asupra oricărui contact pe care îl are subiectul cu medicii specialişti sau stomatologi. Pericolul constă în faptul că subiectul va evita chiar tratamentele medicale absolut necesare.

5. Fobia de tunete şi fulgere

Şi această tulburare debutează în copilărie şi este considerată fobie doar atunci cînd persistă la vîrsta adolescenţei şi a maturităţii.

6. Fobia de sînge şi traumatisme

Subiectul are tendinţa de a leşina dacă vede sînge sau dacă suferă o durere provocată de traumatisme ori proceduri medicale.

Subiecţii care manifestă această fobie sînt de alftel sănătoşi din punct de vedere clinic.

7. Fobia de boală

Implică teama de a contracta sau de a muri de o anumită boală, de regulă cancer, atac de cord sau SIDA. Subiectul are nevoie de asigurări permenente din partea medicilor şi evită toate situaţiile care îi amintesc de boala incriminată. Fobia de boală este diferită de ipohondrie, în care persoana îşi imaginează diverse boli, fără să se concentreze asupra uneia singure.

Fobiile specifice afectează aproximativ 10% din populaţie, deşi doar un eşantion nesemnificativ solicită ajutorul medical. Asemenea fobii reprezintă frici ale copilăriei care nu au fost depăşite, rezultatul condiţionării (subiectul a fost expus unui eveniment psihotraumatizant) sau al modelării (copilul îl copiază pe unul din părinţi).

Fobiile specifice sînt mai uşor de tratat decît agorafobia sau fobiile sociale, exceptînd cazul în care este vorba de fobii multiple şi de intensitate foarte mare.

Persoanele cu fobii specifice înregistrează, de regulă, succese notabile în toate celelalte domenii ale existenţei şi rareori se prezintă la medic numai pentru această tulburare.

Spre deosebire de acestea, agorafobia şi fobiile sociale au un grad mai mare de generalitate, putînd fi considerate chiar boli psihice şi nu doar simptome.

Tulburarea anxioasă generalizată

Aceasta se caracterizează prin prezenţa unei anxietăţi cronice care durează de cel puţin şase luni fără să fie acompaniată de atacuri de panică, fobii sau obsesii.

Diagnosticul de tulburare anxioasă generalizată se justifică numai în măsura în care teama şi îngrijorarea subiectului se centrează pe două sau mai multe probleme majore de viaţă, cum ar fi: sănătatea, banii, relaţiile interpersonale, performanţe asupra cărora subiectul se concentrează de cel puţin şase luni, în majoritatea timpului disponibil din cadrul unei zile.

Persoanele care suferă de această tulburare manifestă numeroase îngrijorări şi îşi petrec mult timp gîndindu-se la ele. Intensitatea şi frecvenţa gîndurilor anxioase scapă de sub controlul subiectului şi au un caracter disproporţionat faţă de motivele îngrijorării.

În afară de îngrijorarea permanentă, tulburarea anxioasă generalizată mai implică cel puţin trei dintre următoarele simptome:

- nelinişte;
- dificultăţi de concentrare a atenţiei;
- iritabilitate;
- tensiune musculară;
- tulburări ale somnului.

Diagnosticul de tulburare anxioasă generalizată se pune în cazul în care îngrijorările subiectului şi simptomele asociate acestora îi produc un disconfort suficient de mare şi interferează cu capacitatea sa de a funcţiona în plan ocupaţional, social sau în alte sectoare importante ale existenţei.

Atunci cînd se pune diagnosticul, se exclud cauzele organice cum ar fi hiperventilaţia, problemele legate de tiroidă ori anxietatea indusă de diverse medicamente sau droguri.

De regulă, tulburarea anxioasă generalizată este însoțită de depresie, astfel că un terapeut competent poate discerne între tulburarea primară și cea secundară, deși în multe cazuri acest lucru este dificil de stabilit.

Tulburarea anxioasă generalizată poate debuta la orice vîrstă. La copii și adolescenți, ea este corelată mai ales cu performanțele școlare sau cu competițiile sportive.

Tulburarea este mai răspîndită la femei în comparație cu bărbații (55% – 60% populație feminină).

Deși nu există fobii specifice asociate cu tulburarea anxioasă generalizată, Beck și Emery (cit. Bourne, 1995) sugerează faptul că afecțiunea respectivă are la bază o serie de temeri legate de:

- pierderea controlului;
- incapacitatea de a face față unei situații;
- eventualitatea unui eșec;
- respingere și abandon;
- boală și moarte.

Tulburarea anxioasă generalizată poate fi diagnosticată în orice situație stresantă care activează temerile primare:

- solicitarea unor performanțe prea înalte;
- conflicte maritale foarte accentuate;
- boală somatică;
- orice altă situație care implică accentuarea percepției unei posibile amenințări.

Cauzele tulburării anxioase generalizate nu sînt încă pe deplin cunoscute. Se presupune că acestea ar reprezenta o combinație a unor factori de natură ereditară cu anumite experiențe din copilărie: expectații prea înalte ale părinților sau abandonarea și rejectarea copilului.

Tulburarea obsesiv-compulsivă

Unii oameni manifestă tendința de a fi mai curați, mai îngrijiți și mai ordonați decît ceilalți. Aceste trăsături de perso-

nalitate pot fi utile în multe situații atît în familie, cît și la serviciu.

În cazul tulburării obsesiv-compulsive, particularitățile respective sînt exacerbate, căpătînd un caracter psihopatologic. Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă își pot pierde multe ore spălînd, curățînd, aranjînd sau verificînd diverse lucruri, activități desfășurate în exces și care le perturbă ritmul vieții cotidiene și activitatea profesională.

Obsesiile reprezintă idei, imagini, gînduri sau impulsuri lipsite de sens care asaltează mintea pacientului (scene de violență, teamă și imagini induse de convingerea că a lăsat lumina aprinsă sau gazul deschis etc.). Subiectul recunoaște faptul că temerile și gîndurile sale sînt iraționale și caută să și le reprime, dar acestea continuă să invadeze psihicul ore, zile sau săptămîni în șir.

Asemenea gînduri și imagini nu sînt legate de problemele reale de viață ale persoanei respective.

Compulsiunile reprezintă comportamente sau ritualuri pe care subiectul le declanșează pentru a se elibera de anxietatea produsă de obsesii. De pildă, acesta se poate spăla de nenumărate ori pe mîini pentru a scăpa de teama de contaminare, poate verifica de multe ori dacă nu a lăsat gazul deschis sau se poate uita frecvent în oglinda retrovizoare ca să controleze dacă nu a accidentat pe cineva.

Pacientul e conștient de absurditatea ritualurilor respective și, cu toate acestea, se simte obligat să le execute, pentru a scăpa de anxietatea produsă de o anumită obsesie. Conflictul dintre dorința de a se elibera de ritualul compulsiv și tendința irezistibilă de a-l duce la îndeplinire reprezintă o nouă sursă de anxietate, rușine sau chiar disperare. În unele cazuri, subiectul poate înceta să mai lupte cu propriile compulsiuni și se lasă complet în voia acestora.

Obsesiile pot să se manifeste singure, fără a fi acompaniate de compulsiuni, și această situație se întîlnește la aproximativ 25% din pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă.

Cele mai răspîndite comportamente compulsive vizează spălatul în exces, verificările şi număratul. Astfel, unii subiecţi se spală pe mîini de nenumărate ori, evită să dea mîna cu alţii, îşi pierd ore în şir făcînd duşuri, de teama unei posibile contaminări. Există, de asemenea, persoane care verifică în repetate rînduri dacă uşa este încuiată şi aragazul închis, sau numără în gînd pentru a preîntîmpina producerea unei catastrofe imaginare.

Tulburarea obsesiv-compulsivă este adesea acompaniată de depresie sau de comportamente de evitare (persoana evită să atingă clanţele uşilor, evită să utilizeze W.C.-urile publice etc).

Deşi obsesiile şi comportamentele compulsive au un caracter absurd, subiectul se simte extrem de frustrat şi deprimat de faptul că nu poate controla aceste gînduri şi acţiuni, de absurditatea cărora e conştient.

Studiile recente au evidenţiat faptul că tulburarea obsesiv-compulsivă afectează circa 2-3% din populaţie, aceasta fiind prezentă atît la bărbaţi, cît şi la femei. Aproximativ jumătate din cazuri debutează în copilărie, iar cealaltă jumătate în adolescenţă sau prima tinereţe.

Tulburarea obsesiv-compulsivă a fost subdiagnosticată pînă în prezent, datorită faptului că multe persoane se jenează să vorbească despre suferinţele lor.

Cauzele tulburării obsesiv-compulsive sînt încă insuficient cunoscute. Cercetările mai recente pledează în favoarea ideii că această afecţiune ar avea la bază un defect al metabolismului neurotransmiţătorului denumit serotonină.

Psihoterapia acestei tulburări presupune o abordare comportamentală prin intermediul strategiilor de expunere şi oprire a răspunsului. Aceasta înseamnă că subiectul este expus în mod gradat şi sistematic la situaţiile care îi declanşează gîndurile obsesive şi, în acelaşi timp, este oprit să pună în acţiune comportamentul compulsiv.

Combinarea psihoterapiei cu tratamentul medicamentos dă rezultate pozitive în aproximativ 80% din cazuri.

Tulburarea post-traumatică de stres

Caracterizată prin apariţia unor simptome psihopatologice invalidante care debutează în urma unui eveniment traumatizant, această tulburare a fost identificată pentru prima oară în timpul primului război mondial, cînd unii combatanţi au trăit coşmaruri, anxietate cronică şi rememorarea evenimentelor traumatizante din timpul luptelor, la intervale de săptămîni, luni sau chiar ani după încheierea războiului.

Tulburarea posttraumatică de stres poate apărea la orice persoană care a suferit o traumă ce depăşeşte experienţele umane obişnuite (catastrofe naturale, accidente de maşină sau avion, violuri sau agresiuni violente exercitate asupra familiei sau persoanei în cauză).

Cele mai răspîndite simptome ale tulburării de stres posttraumatice sînt:

- gînduri negative cu caracter repetitiv referitoare la evenimentul stresant;
- coşmaruri legate de eveniment;
- rememorări şi flash–back-uri atît de intense, încît subiectul se simte şi se comportă ca şi cum trauma s-ar produce în prezent;
- tendinţa de reprimare a sentimentelor şi gîndurilor legate de evenimentul traumatic;
- tendinţa de evitare a activităţilor sau situaţiilor asociate cu evenimentul traumatizant (astfel, un individ care a suferit un accident rutier va dezvolta fobia de a conduce maşina);
- anestezie emoţională (subiectul pierde contactul cu stările sale afective);
- sentimente de detaşare sau înstrăinare faţă de ceilalţi;

- pierderea interesului pentru activităţile considerate pînă atunci agreabile;
- anxietate crescută şi persistentă, tulburări de somn (dificultatea de a adormi sau de a rămîne adormit), tulburări de concentrare a atenţiei, irascibilitate şi pusee de comportament agresiv.

Stabilirea diagnosticului de tulburare post-traumatică de stres presupune persistenţa simptomelor menţionate timp de cel puţin o lună. (În cazul în care durata este mai mică de o lună, avem de-a face cu tulburarea acută de stres.) De asemenea, simptomele trebuie să creeze un disconfort sever subiectului, în sensul perturbării serioase a vieţii sociale, profesionale, precum şi a altor aspecte importante ale existenţei.

Persoana care suferă de tulburare de stres posttraumatică este anxioasă, depresivă, iritabilă şi acţionează adesea în mod impulsiv.

În cazul în care cei din jurul subiectului şi-au pierdut viaţa, acesta se poate culpabiliza pentru faptul că a supravieţuit.

Tulburarea posttraumatică de stres poate apărea la orice vîrstă. Copiii care suferă de această tulburare nu retrăiesc în mod conştient evenimentul traumatic, dar acesta îmbracă forma viselor şi se manifestă prin intermediul jocului.

În cazul acestei tulburări este indicată psihoterapia bazată pe insight (iluminare), terapie care îl ajută pe subiect să-şi exprime mai bine stările afective şi să integreze experienţa negativă trăită. Acest gen de psihoterapie va contribui la reducerea simptomelor şi la dezvoltarea sentimentului de autocontrol asupra propriului destin.

Hipnoza este foarte indicată, pentru că ea îl ajută pe subiect să se întoarcă în timp şi să retrăiască evenimentul traumatizant prin care a trecut.

D.S.M. IV, apărut în 1994, menţionează alte patru categorii de afecţiuni:

Tulburarea acută de stres

Ca şi în cazul tulburării posttraumatice de stres, tulburarea acută de stres presupune apariţia anxietăţii şi a altor simptome invalidante în urma expunerii la un eveniment traumatizant.

Deosebirea faţă de tulburarea posttraumatică de stres constă în faptul că simptomele apărute durează mai puţin de o lună.

Trauma suferită este şi în acest caz un eveniment ieşit din comun, care pune în pericol viaţa sau integritatea fizică a subiectului: situaţie de război, agresiune asupra persoanei, inclusiv sexuală, calamităţi, accidente sau diagnosticarea unei boli care periclitează viaţa subiectului.

În timpul sau după producerea evenimentului traumatizant, subiectul prezintă simptome ca: obnubilare, sentimente de detaşare, de irealitate şi de depersonalizare. Mai tîrziu, el va manifesta tendinţa de a evita tot ce îi poate reaminti de trauma suferită şi va prezenta simptome persistente de anxietate (tulburări ale somnului, iritabilitate, dificultăţi de concentrare a atenţiei, reactivitate exagerată şi nelinişte).

Agorafobia fără atacuri de panică în antecedente

Tulburarea prezintă aceleaşi caracteristici ca şi agorafobia obişnuită, în sensul că subiectul evită anumite situaţii, dar în antecedentele subiectului nu se înregistrează atacuri de panică în adevăratul înţeles al cuvîntului. Subiectul în cauză se va concentra doar asupra unuia sau asupra a două dintre simptomele specifice atacului de panică. Astfel, el se poate teme că va avea palpitaţii dacă se depărtează prea mult de casă sau dacă merge în locuri aglomerate.

Doar un procent de 5 pînă la 15% dintre subiecţii cu agorafobie nu prezintă atacuri de panică în antecedente.

Terapia se realizează prin intermediul relaxării, terapiei cognitive şi a expunerii reale (*in vivo*).

Tulburarea anxioasă provocată de o afecțiune medicală

Aceasta se caracterizează prin anxietate accentuată (atît sub forma atacurilor de panică, cît şi a anxietății generalizate) care reprezintă consecința directă a unei afecțiuni medicale endocrine (hiper sau hipotiroidie, hipoglicemie etc.), cardiovasculare, respiratorii, metabolice (carențe ale vitaminei B_{12}, porfirie) sau neurologice (tulburări vestibulare, encefalite etc.).

Tulburarea anxioasă indusă medicamentos

În acest caz, anxietatea generalizată sau atacurile de panică reprezintă efectul psihologic direct al abuzului de droguri, al consumului de medicamente sau al expunerii la efectele unor substanțe toxice.

Anxietatea poate fi provocată fie de ingestia sau expunerea la substanța respectivă, fie de renunțarea la aceasta. Astfel, această tulburare poate să apară la persoane care intră în panică atunci cînd abandonează prea repede medicația prescrisă.

2. Tulburările depresive

Depresia este un fenomen atît de răspîndit încît a fost pe drept cuvînt numit „guturaiul psihiatriei" (Seligman, 1975). Un procent de 15-20% din populația adultă a suferit de o simptomatologie depresivă şi peste 12% au trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Fennell, 1989).

În țările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown şi Haris, 1978).

Cauzele depresiei sînt multiple (Weissman, 1982):

- anomalii la nivelul neurotransmițătorilor;
- tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- pierderea timpurie a unui părinte;
- neglijarea în copilăria timpurie;
- evenimente negative de viață;
- un partener ostil și/sau critic;
- lipsa unei relații apropiate;
- absența unui suport social;
- lipsa autostimei pe termen lung.

În clinică există numeroase clasificări ale tulburării depresive:

- tulburare afectivă bipolară/unipolară;
- tulburare depresivă:
  - endogenă;
  - reactivă (nevrotică).

D.S.M. III R descrie următoarele tipuri de depresii:

Episodul depresiv major

Subiectul este trist și își pierde interesul pentru activitățile care înainte îi făceau plăcere. În plus, se mai înregistrează:

- tulburări ale instinctului alimentar (inapetență sau bulimie);
- tulburări de somn (insomnie sau, dimpotrivă, hipersomnie);
- agitație sau lentoare psihomotorie;
- sentimente de inutilitate, culpabilitate, autodevalorizare;
- dificultăți de concentrare a atenției;
- idei legate de moarte sau suicid.

Rata depresiei majore este de două ori mai ridicată la femei față de bărbați (Burns, 1989, p. 57).

Tulburarea distimică

Această formă de depresie moderată poate dura în jur de doi ani sau chiar mai mult. Subiecții trăiesc un sentiment de nefericire cronică aproape întreaga lor viață. Depresia nu este însă suficient de puternică pentru a întruni criteriile episodului depresiv major.

Tulburarea distimică debutează de regulă în adolescență și, la rîndul său, este mai răspîndită în rîndul femeilor.

Unii autori au considerat că este vorba de o personalitate depresivă, pentru că nefericirea și pesimismul fac parte din structura psihică și din concepția despre viață a individului.

Tulburarea bipolară

Depresia recurentă este denumită adesea „depresie unipolară".

Tulburarea bipolară se caracterizează prin alternanța celor doi poli extremi ai afectivității: depresie și manie. Persoana prezintă episoade de depresie majoră, urmate de perioade de expansivitate extremă (manie).

Episoadele maniacale debutează, de regulă, brusc și se caracterizează prin:

- veselie și exuberanță extremă, nejustificate;
- creșterea patologică a autostimei;
- sentimentul de omnipotență;
- convingerea subiectului că este cel mai frumos, cel mai inteligent, cel mai creativ și că este înzestrat cu posibilități nelimitate;
- comportament absurd, adesea periculos;
- idei delirante de grandoare;
- un nivel foarte ridicat de energie fizică și psihică;
- fugă de idei;
- logoree;

- treceri, uneori bruşte, de la euforie extremă la furie extremă, cînd subiecţii pot deveni foarte periculoşi.

Tulburarea este egal răspîndită în rîndul femeilor şi al bărbaţilor.

Tulburarea ciclotimică

Caracterizează subiecţii a căror personalitate oscilează între perioade de exuberanţă (hipomanie) şi perioade de depresie uşoară. Dacă oscilaţiile durează cel puţin doi ani, avem de-a face cu tulburarea ciclotimică. Aceasta este de fapt o combinaţie între tulburarea distimică şi hipomanie.

În context, termenul de depresie se va referi la depresia nevrotică (non-psihotică), pentru care este indicată psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Chiar şi depresia nevrotică se deosebeşte de simpla reacţie de tristeţe ca răspuns la evenimente cu caracter negativ.

Depresia se caracterizează prin:

- trăirea sentimentului de tristeţe;
- plîns frecvent;
- sentimente de culpabilitate;
- iritabilitate;
- anxietate;
- tensiune psihică;
- incapacitatea subiectului de a se mai bucura de activităţile normale;
- nivelul scăzut al energiei psihice, ceea ce face ca orice acţiune, cît de mică, să presupună un efort semnificativ;
- tendinţă de retragere;
- pacienţii petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
- activităţile obişnuite şi agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe TV, devin dificile şi plictisitoare, pentru că subiectul nu se mai poate concentra;

- subiectul se preocupă exagerat de starea sa precară de sănătate sau de dificultățile insolubile cu care se confruntă;
- tulburări de somn;
- scăderea apetitului alimentar;
- diminuarea nevoilor sexuale (libidoului).

În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate și autodevalorizare, precum și idei și tentative de autoliză (suicid). 15% dintre depresivi se sinucid (Coryell și Winokur, 1982).

În majoritatea cazurilor, episodul depresiv este limitat în timp și se remite în 3-6 luni. Cu toate acestea, recăderile sînt frecvente, depresia pacienților cronicizîndu-se în 15–20% din cazuri.

Capitolul 3

RELAXAREA – METODĂ DE PSIHOTERAPIE ŞI REGLARE A STĂRILOR PSIHICE

În sens larg, termenul de relaxare semnifică o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană. Acest proces îmbracă forme foarte variate, începînd cu odihna activă şi terminînd cu modalităţile statice de deconectare.

În sens restrîns, relaxarea este o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracturi musculare şi nervoase, avînd ca efect un repaus cît mai eficient, economisirea energiei fizice şi psihice, creşterea rezistenţei la stres a organismului şi diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat.

Relaxarea este în acelaşi timp o metodă de autoreglare a stărilor psihice, utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor şi cosmonauţilor, precum şi în tratamentul unor afecţiuni de tip nevrotic sau psihosomatic.

La ora actuală, tehnicile de relaxare sînt studiate cu cea mai modernă aparatură de laborator în foarte multe ţări ale lumii, interesul crescut pentru aceste sisteme fiind determinat de aplicaţiile lor practice imediate în diferite domenii de activitate: medical, sportiv, antrenamentul piloţilor sau cosmonauţilor etc.

Cea mai cunoscută metodă de relaxare o constituie antrenamentul autogen, care poate fi considerat un punct de plecare în elaborarea unor tehnici de relaxare mai complexe.

Antrenamentul autogen este o metodă bine fundamentată ştiinţific, verificată experimental şi clinic, care se caracterizează prin simplitate şi economicitate în sensul că se învaţă uşor şi durează relativ puţin. Această metodă de relaxare are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalităţii subiectului, fiind în esenţă o tehnică psihoterapeutică.

Derivată din hipnoza medicală, metoda a fost elaborată în Germania anilor 1920 de către medicul psihiatru I.H. Schultz. Acesta definea antrenamentul autogen ca un exerciţiu generat (genos) din interiorul eului (autos).

Sursa de la care a pornit Schultz a fost hipnoza fracţionată a lui Escar Vogt. În cadrul acestei metode, subiectul era hipnotizat în mod repetat, trezit, interogat cu privire la starea sa şi apoi rehipnotizat la un nivel şi mai profund. Schultz a început să investigheze valoarea terapeutică a hipnozei şi halucinaţiile apărute la subiecţii normali. El a observat că, în stare hipnotică, aceştia prezentau în mod frecvent anumite reacţii fiziologice şi psihologice, cum ar fi senzaţii de greutate şi căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac şi respirator. Autorul a pornit de la premisa că, de vreme ce aceste reacţii apăreau în mod spontan în stare de hipnoză, putea fi indusă invers o stare hipnoidă prin concentrarea asupra reacţiilor psihofiziologice respective.

Exerciţiile standard incluse în antrenamentul autogen au fost elaborate special pentru verificarea acestor ipoteze.

Schultz a observat, de asemenea, că o atitudine relaxată şi pasivă din partea subiectului este mai favorabilă inducerii unei stări hipnotice prin intermediul exerciţiilor standard şi a denumit-o *stare autogenă* (autogenerată). Pornind de la studiul halucinaţiilor la subiecţii normali, el a dezvoltat o serie de exerciţii mentale care constituie baza antrenamentului autogen avansat (ciclul II). Scopul antrenamentului autogen – aşa cum a fost conceput de autorul său, ca şi de cei care l-au preluat şi dezvoltat mai tîrziu – constă în obţinerea de către subiecţi a

unor reacții psihice și psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacțiilor și comportamentelor nedorite și realizarea pe această cale a unei eficiențe crescute personale și sociale.

Schultz (1967) arată că antrenamentul autogen ajută subiectul să obțină o serie de avantaje, cum ar fi: odihnă și recuperare după efort, autorelaxare, autoreglarea funcțiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului prin formule sugestive speciale, perfecționarea în tehnica introspecției, cu efecte favorabile asupra dezvoltării spiritului autocritic și creșterii autocontrolului voluntar.

Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecți încă din primele zile de practică (relaxare mai bună, reducerea anxietății, somn mai odihnitor, capacitate de concentrare și memorie mai bune). Avantajele antrenamentului autogen sînt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze și afecțiuni psihosomatice. El poate fi folosit în completarea tratamentului medicamentos al oricărei afecțiuni somatice, contribuind la reducerea durerii și întărirea eului bolnavului. Trebuie menționat însă faptul că antrenamentul respectiv este doar un adjuvant în cadrul terapiei bolii respective.

Mai recent, metoda a început să fie utilizată în medicina preventivă, pentru creșterea rezistenței la frustrare și la alți factori stresanți, precum și în pregătirea psihologică a sportivilor de performanță și a cosmonauților.

Exerciții din cadrul antrenamentului autogen

Principiul metodei constă, așadar, în inducerea prin exerciții psihofiziologice a unei decontracturi generale a organismului, decontractură care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii. Antrenamentul autogen cuprinde două cicluri de exerciții:

A. Ciclul inferior include exerciții în care decontractarea concentrativă vizează următoarele direcții: musculară, sistem cardiovascular, sistem respirator, organe abdominale și zona capului.

Exercițiile pe care le învață subiectul sînt următoarele:

1. Experiența greutății.
2. Experiența căldurii.
3. Concentrarea asupra cordului, în vederea încetinirii ritmului cardiac.
4. Controlul respirației pentru calmarea acestuia.
5. Reglarea funcționării organelor abdominale prin concentrare asupra plexului solar.
6. Perceperea unei vasoconstricții în zona frunții.

Aceste exerciții se însușesc într-un interval de 6 pînă la 10 săptămîni, subiectul reușind să obțină, în urma practicării lor, un calm interior și o stare hipnotică.

Prezentăm în continuare un model de antrenament autogen, ciclul inferior (model adaptat după tehnica lui Schultz).

a) ***Inducerea senzației de greutate la nivelul brațului:***

„sînt în întregime liniștit și cu desăvîrșire calm";

„toți mușchii îmi sînt destinși și relaxați";

„o liniște plăcută mă înconjoară";

„nimic nu-mi tulbură liniștea";

„simt o pace și o liniște interioară profunde";

„sînt foarte calm și liniștit";

„brațul meu drept e greu, din ce în ce mai greu";

„brațul meu devine tot mai greu";

„o greutate ca de plumb îmi cuprinde umărul, brațul, mîna și ajunge pînă la degete";

„brațul meu drept este foarte greu";

„brațul meu drept este greu ca de plumb";

„simt liniște și greutate".

Formule asemănătoare se folosesc și pentru inducerea progresivă a senzației de greutate la nivelul brațului stîng, piciorului drept și apoi celui stîng.

b) *Generalizarea senzației de greutate:*

„o liniște plăcută mă împresoară";

„calmul mă inundă tot mai mult";

„simt o liniște și o pace interioare";

„sînt complet calm";

„întregul meu corp este destins și relaxat";

„umerii, brațele, mîinile, picioarele sînt grele, foarte grele";

„întregul meu corp este foarte greu";

„întregul meu corp este cuprins de o greutate foarte mare";

„corpul meu este greu, greu ca de plumb";

„sînt foarte calm și liniștit".

c) *Inducerea senzației de căldură la nivelul brațului drept:*

„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept";

„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept, mîna dreaptă și ajunge pînă la degete";

„vasele se dilată și simt căldură în brațul drept";

„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul și mîna dreaptă";

„brațul meu drept devine cald, ca și cum ar fi cufundat într-o baie caldă";

„brațul meu drept este învăluit într-o căldură odihnitoare";

„liniște, greutate, căldură";

„liniștea și echilibrul mă împresoară".

Comenzi asemănătoare se folosesc și pentru inducerea senzației de căldură în brațul stîng și în picioare.

d) *Generalizarea senzației de căldură:*

„întregul meu corp este relaxat, perfect liniștit";

„o căldură plăcută îmi cuprinde umerii, brațele, mîinile, picioarele";

„o căldură plăcută îmi cuprinde tot corpul";

„întregul meu corp este învăluit într-o căldură plăcută";

„întregul meu corp este cuprins de o căldură plăcută, ca într-o baie caldă";

„sînt liniștit și relaxat";

„liniștea și echilibrul mă împresoară";

„mă las cuprins de tihna senină şi necontenitul echilibru";

„sînt în întregime liniştit";

„sînt cu desăvîrşire calm";

„întregul meu corp este relaxat, destins, inert";

„întregul meu corp este greu";

„simt în tot corpul o greutate copleşitoare";

„corpul este greu şi destins ca un arc în repaus";

„o căldură agreabilă îmi cuprinde tot corpul";

„tot corpul meu este învăluit într-o căldură plăcută şi liniştitoare";

„simt o căldură plăcută care-mi cuprinde tot corpul".

e) ***Exerciţii pentru liniştirea bătăilor inimii:***

„inima mea bate liniştit, foarte liniştit";

„inima mea bate liniştit şi egal, împrăştiind tot sîngele în corp";

„inima mea bate liniştit şi egal";

„inima parcă lucrează de la sine";

„inima bate liniştit, calm şi egal";

„sînt perfect liniştit şi relaxat".

f) ***Exerciţii pentru calmarea respiraţiei:***

„respiraţia mea devine liniştită şi rară";

„respir liber şi aproape de la sine aerul din jurul meu";

„respir calm şi liniştit, fără efort";

„respir foarte calm şi liniştit".

g) ***Exerciţii pentru trăirea senzaţiei de căldură în zona plexului solar:***

„sînt perfect calm şi relaxat";

„sînt perfect liniştit";

„abdomenul meu este foarte relaxat";

„muşchii abdomenului sînt destinşi, orice tensiune dispare";

„plexul solar este cuprins de o căldură plăcută";

„plexul solar e cald şi relaxat".

h) *Exerciţii pentru inducerea vasoconstricţiei în zona frunţii:*

„îmi simt capul liber şi uşor";
„muşchii feţei sînt relaxaţi";
„bărbia este destinsă şi relaxată";
„fruntea devine rece şi tot mai destinsă";
„simt cum aerul rece îmi împresoară tîmplele";
„simt răcoare în zona frunţii";
„creierul îmi este limpede ca un izvor de munte";
„îmi simt capul foarte limpede";
„sînt perfect liniştit şi relaxat".

Exerciţiile din cadrul ciclului inferior al antrenamentului autogen au deci menirea să determine o „decontractură concentrativă" a subiectului, ceea ce înseamnă că, prin concentrarea pe formulele sugestive, acesta îşi creează o stare de detaşare de tip hipnoid care provoacă la rîndul său o destindere musculară.

B. Ciclul superior presupune un stagiu de 6 luni pînă la 2 ani de practicare a ciclului inferior. Exerciţiile corespunzătoare acestei etape se pot practica după stăpînirea perfectă a celor din ciclul inferior, autorul fiind de părere că însuşirea completă a exerciţiilor din etapa a doua durează aproximativ 3-6 ani, durată apropiată de cea a unui tratament psihanalitic clasic.

Exerciţiile ciclului superiôr sînt, în linii generale, următoarele:

1. concentrare pe culoarea preferată;
2. concentrare pe culori impuse de terapeut;
3. concentrare pe obiecte concrete;
4. concentrare pe idei abstracte;
5. trăirea „sentimentului propriu" (subiectul este instruit să reproducă în interiorul său starea afectivă pe care şi-o doreşte cel mai mult);
6. interogarea propriului subconştient.

Realizarea acestui tip de exerciţii presupune o bună stăpînire a relaxării şi o îndrumare adecvată din partea psihoterapeutului.

Cercetările şi experienţa clinică au demonstrat că numai exerciţiile din cadrul ciclului inferior sînt total lipsite de nocivitate, celelalte putînd genera perturbări grave în sfera personalităţii, în cazul aplicării lor incorecte.

Condiţiile în care se realizează antrenamentul autogen

Autorul metodei subliniază faptul că, mai ales în faza de învăţare, este necesară respectarea unor condiţii menite să faciliteze relaxarea, prin reducerea stimulilor exteriori, perturbatori. Astfel, este indicat ca relaxarea să se realizeze în condiţii de linişte, de temperatură normală şi de semiobscuritate.

Se recomandă trei poziţii în care relaxarea se obţine mai uşor:

1. Poziţia şezînd pe un fotoliu. Subiectul are capul sprijinit, braţele aşezate confortabil pe braţele fotoliului şi picioarele într-o poziţie stabilă.
2. Poziţia „birjarului". (Denumirea a apărut în urma observaţiilor efectuate în perioada respectivă asupra acestei categorii profesionale, care adopta frecvent o poziţie relaxantă). Subiectul, aşezat pe un scaun, apleacă uşor coloana din talie. Picioarele sînt depărtate, iar coatele sprijinite pe coapse.
3. Poziţia decubitus dorsal (culcat pe spate). În perioada de învăţare a tehnicii este indicată practicarea acestei poziţii sub îndrumarea unui specialist (psiholog, medic) de două-trei ori pe săptămînă, subiectul fiind instruit să continue exerciţiile şi acasă, în cadrul unor şedinţe scurte de 5-7 minute. După însuşirea temeinică a tehnicii, se poate prelungi durata relaxării individuale pînă la 15 minute.

În absenţa terapeutului, este recomandabilă utilizarea unei benzi de magnetofon cu textul înregistrat.

Tehnica de relaxare se aplică individual sau în grup (7-10 persoane).

Ciclul inferior al antrenamentului autogen poate fi utilizat cu succes atît în psihoterapie, cît şi preventiv, în pregătirea psihologică a sportivilor, datorită contribuţiei sale la liniştirea generală a organismului, amortizarea rezonanţei stărilor afective negative, reglarea circulaţiei periferice, creşterea capacităţii de concentrare şi dominarea propriului organism. Antrenamentul autogen (ciclul inferior) reprezintă un mijloc eficient de refacere a organismului după efort, practicarea lui fiind indicată sportivilor în etapele de pregătire, în special după antrenament.

Schultz a subliniat importanţa combinării exerciţiilor de relaxare cu formule sugestive, aşa-numitele formule „intenţionale", pe care le descria ca pe nişte sugestii posthipnotice. După părerea lui, aceste formule trebuie să fie utilizate numai după însuşirea celor şase exerciţii standard din cadrul ciclului inferior al antrenamentului.

Alţi autori (Jencks, 1973) consideră că aceste formule pot fi utilizate cu succes şi imediat după ce subiectul şi-a însuşit exerciţiile de greutate şi căldură, recomandînd în acelaşi timp combinarea lor cu exerciţiile de respiraţie. Spre exemplificare, redăm cîteva formule sugestive utilizate de acest autor pentru creşterea rezistenţei la stres a subiectului:

„întîmpin dificultăţile calm, stăpîn pe mine, bine dispus";

„sînt calm, mulţumit, satisfăcut";

„sînt liber de frustrare şi teamă";

„sînt calm, atent, curajos";

„durerile dispar; mă învăluie o pace profundă";

„deciziile corecte îmi vin imediat în minte; eu decid ceea ce este mai bine să fac";

„navighez plin de curaj pe fluviul succesului" etc.

Formule de acest tip pot fi utilizate cu succes în psihoterapie, dar şi în pregătirea psihologică a sportivilor, ca o completare a formulelor specifice pentru reducerea stresului indus de fiecare competiţie.

O altă tehnică de relaxare ce şi-a dovedit eficienţa este cunoscută sub denumirea de DMR (*Deep Muscular Relaxation*). Aceasta a fost elaborată de Sank şi Carolyne Shaffer după o tehnică mai veche – relaxarea musculară progresivă a lui Jacobson (după Holdevici, 1999).

„Aşezaţi-vă cît mai comod pe scaunul pe care staţi. Închideţi ochii şi încercaţi să vă calmaţi respiraţia. Simţiţi-vă cît mai confortabil cu putinţă. Vă concentraţi atenţia asupra braţului non-dominant stîng, dacă sînteţi dreptaci, strîngeţi pumnul şi încordaţi braţul cît puteţi de mult.

Simţiţi încordarea în zona pumnului, braţului, antebraţului, umărului. Desfaceţi apoi pumnul şi lăsaţi braţul să se relaxeze. Repetaţi exerciţiul.

Procedaţi în acelaşi fel cu braţul dominant: strîngeţi pumnul, încordaţi braţul şi căutaţi să percepeţi tensiunea în zona pumnului, în antebraţ, în braţ, în umăr. Repetaţi exerciţiul.

Acum aşezaţi ambele palme pe genunchi şi ridicaţi degetele, încordîndu-le uşor, apoi tot mai mult şi mai mult. Simţiţi încordarea în degete, palme, braţe. Lăsaţi apoi degetele, palmele şi braţele să se relaxeze tot mai mult. Repetaţi exerciţiul.

Încordaţi acum musculatura ambelor braţe, menţineţi încordarea şi relaxaţi braţele. Ridicaţi apoi umerii, menţineţi poziţia încordată şi în final relaxaţi umerii şi braţele.

Încordaţi şi relaxaţi braţele şi umerii de cîteva ori, căutînd să simţiţi relaxarea plăcută care cuprinde întreaga musculatură a braţelor şi umerilor. Braţele şi umerii se relaxează tot mai mult şi mai mult.

Vă concentraţi apoi asupra muşchilor frunţii.

Încordaţi fruntea ca şi cum v-aţi încrunta şi aţi ridica sprîncenele, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi fruntea. Simţiţi cum fruntea se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Observaţi diferenţa dintre starea de încordare şi cea de relaxare. Repetaţi exerciţiul, studiind starea de încordare comparativ cu cea de relaxare plăcută, odihnitoare.

Încordați pleoapele, concentrați-vă asupra senzației de încordare din jurul ochilor și apoi relaxați-le tot mai mult. Simțiți relaxarea plăcută care cuprinde ochii. Pleoapele se relaxează și devin tot mai grele, din ce în ce mai grele.

Încordați mușchii din jurul gurii, mențineți încordarea și apoi relaxați musculatura gurii. Încordați apoi și relaxați de cîteva ori musculatura maxilarelor, a gîtului și cefei.

Conștientizați senzațiile de încredere și relaxare din cadrul fiecărei grupe musculare.

Aplecați ușor capul pe spate, mențineți poziția și apoi relaxați ușor gîtul și ceafa, aplecînd capul în față, astfel încît bărbia să atingă pieptul.

Întoarceți apoi capul spre stînga și spre dreapta de cîteva ori și apoi relaxați din nou gîtul și ceafa. Treptat, senzația de relaxare vă cuprinde tot mai mult, tot mai mult. O senzație de greutate, căldură și relaxare plăcută vă cuprinde degetele, palmele, brațele, umerii, fața, creștetul capului, ochii, gura, maxilarele, gîtul și ceafa.

Senzația plăcută de relaxare vă cuprinde tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Brațele, umerii, capul, gîtul sînt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate. Senzația de relaxare plăcută pătrunde în zona pieptului. Inspirați profund, mențineți respirația, încordați ușor toracele, apoi expirați și relaxați toracele. Musculatura toracelui se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Inspirați, mențineți respirația și apoi expirați, relaxînd mușchii toracelui.

Încordați mușchii spatelui, umerii, toracele, apoi relaxați-vă progresiv.

Vă concentrați apoi asupra abdomenului. Încordați mușchii trăgînd abdomenul înapoi, ca și cum ați dori să-l lipiți de coloana vertebrală. Relaxați apoi abdomenul. Vă concentrați asupra diferenței dintre senzațiile de încordare și relaxare, repetînd exercițiul de cîteva ori, trăgînd abdomenul înapoi și împingîndu-l înainte. Încordați, relaxați, încordați și relaxați abdomenul, apoi îl relaxați tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Încordați și relaxați de mai multe ori zona lombară, arcuind coloana vertebrală spre spate. Simțiți cum o stare de relaxare tot mai profundă cuprinde spatele.

Încordați și relaxați apoi fesele și coapsele, gambele și labele picioarelor.

Realizați cîteva încordări și relaxări succesive, apoi relaxați tot mai mult picioarele, care devin tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Încordați și relaxați coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Vă concentrați asupra încordării, apoi vă relaxați.

Acum aș vrea să relaxați cît mai mult fiecare grupă de mușchi în parte. Renunțați la încordare. Lăsați încordarea să iasă din corp.

Tensiunea și încordarea părăsesc fiecare zonă a corpului. O senzație plăcută de greutate și căldură cuprinde fiecare grupă de mușchi în parte. Relaxați degetele și palmele, relaxați antebrațele, brațele și umerii. Brațele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tot mai grele și mai calde. Brațele grele și calde. Brațele relaxate, grele, calde. Greutatea și căldura înlocuiesc senzația de încordare și tensiune.

Fruntea devine tot mai relaxată, tot mai relaxată. Relaxați ochii. Pleoapele devin grele, tot mai grele, grele și relaxate. Relaxați gîtul și ceafa. Gîtul și ceafa sînt tot mai relaxate, tot mai relaxate, tot mai destinse și mai relaxate.

Relaxați spatele. Coloana vertebrală se relaxează, se destinde, se relaxează tot mai mult. Relaxați abdomenul. Abdomenul se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Abdomenul este relaxat și cald, relaxat și cald. Relaxați coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele de la picioare.

O relaxare profundă cuprinde picioarele, care devin grele, calde, grele și calde. Picioarele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele. Picioarele grele și calde, grele și calde.

Întregul corp devine tot mai relaxat, din ce în ce mai relaxat. O relaxare plăcută, odihnitoare cuprinde umerii, brațele,

mîinile, picioarele, tot corpul. Corpul este relaxat şi liniştit. Rămîneţi cîteva minute calmi, relaxaţi, destinşi. Vă concentraţi pasiv asupra stării de calm. Repetaţi mental cuvîntul „CALM".

Trăiţi o stare plăcută de calm, destindere, pace interioară.

Obstacolele care stau în calea practicării relaxării

(Bourne, 1995, p.82)

Foarte mulţi subiecţi sănătoşi sau cu tulburări neuropsihice ori psihosomatice încep să practice exerciţiile de relaxare cu entuziasm, după care le abandonează mai devreme sau mai tîrziu.

Bourne (1995) le recomandă acestor subiecţi să urmărească ce anume îşi spun în gînd atunci cînd nu şi-au făcut exerciţiul.

Cele mai răspîndite scuze sînt următoarele:

1. „Nu am timp pentru relaxare."

Cu alte cuvinte, subiectul nu plasează relaxarea pe lista priorităţilor zilnice.

2. „Nu am un loc potrivit pentru relaxare."

În acest caz, este recomandabil ca subiectul să-şi găsească un asemenea loc. Astfel, le putem permite copiilor să se uite la televizor, în timp ce noi ne retragem în altă cameră şi solicităm să nu fim deranjaţi timp de o jumătate de oră.

3. „Exerciţiile de relaxare sînt prea plictisitoare."

Persoanele care gîndesc astfel sînt prea agitate şi trăiesc la un nivel prea ridicat de tensiune psihică. Ele trebuie să reducă ritmul dacă nu doresc să suporte consecinţe neplăcute mai tîrziu.

4. „Mă simt mai anxios atunci cînd mă relaxez."

La unii subiecţi, starea de relaxare poate actualiza unele stări afective reprimate, ceea ce contribuie la apariţia anxietăţii. În acest caz, este indicat să se înceapă cu perioade scurte de relaxare şi apoi să se prelungească durata acestora. Atunci

cînd se instalează anxietatea, subiectul trebuie să întrerupă exercițiul și să deschidă ochii. Dacă problema nu se rezolvă după un anumit timp, este necesar să se consulte un psihoterapeut calificat.

5. „Nu sînt suficient de disciplinat pentru a putea practica relaxarea."

De aici se desprinde concluzia că subiectul nu a perseverat suficient în practicarea relaxării astfel încît aceasta să se transforme într-o deprindere cu efecte benefice.

Caracterizarea psihofiziologică a stării de relaxare

Analizînd cu atenție starea în care se găsește subiectul în timpul relaxării, putem desprinde cîteva caracteristici generale ale acesteia, valabile în primul rînd pentru antrenamentul autogen, dar și pentru alte tehnici de relaxare.

a) La subiectul în stare de relaxare se constată o limitare a motricității, o lipsă a nevoii de a acționa.
b) În stare de relaxare, subiectul trăiește în mod frecvent o senzație de greutate și căldură în membre.
c) Se remarcă, de asemenea, o modificare a dinamicii atenției, în sensul unei orientări selective a acesteia asupra formulelor comandate și, în același timp, o scădere a interesului manifestat de subiect față de stimulii exteriori.
d) În timpul relaxării, subiectul trăiește o stare de pasivitate în raport cu ambianța; pasivitatea se accentuează atunci cînd relaxarea este comandată din exterior de către terapeut, și scade pe măsură ce subiectul învață să-și autocomande starea de relaxare.
e) Aproape toți subiecții remarcă instalarea în timpul relaxării a unei stări afective aparte, de nuanță pozitivă; ei trăiesc o stare de liniște, de calm, de destindere.

f) Starea de relaxare este o modalitate de activare a disponibilităților latente ale ființei umane, fapt demonstrat de efectele favorabile ale relaxării asupra stării psihice și fizice a subiecților.

g) Relaxarea este, ca și hipnoza, o stare modificată de conștiență; astăzi, majoritatea autorilor consideră că hipnoza nu este altceva decît o relaxare mai profundă. S-a constatat că în timpul relaxării se produce o modificare a ritmului alfa[1], pînă la apariția și generalizarea ritmului teta[2], ceea ce i-a determinat pe specialiști să considere relaxarea mai apropiată de stările de concentrare decît de cele de somn și presomn, care au, de regulă, ritmuri mai lente.

h) Relaxarea poate fi considerată, așadar, o metodă de autoreglare a stărilor psihice ale subiectului, de autoorganizare a eului acestuia, fiind nu numai o tehnică de psihoterapie, ci și una cu caracter autoformativ.

Tehnica de inducere a stării de relaxare se apropie în mare măsură de aceea de inducere a hipnozei (de altfel, foarte mulți specialiști consideră că antrenamentul de relaxare este o tehnică de autohipnoză), prin următoarele caracteristici:

a) presupune o anumită standardizare a conduitei subiectului, cu efecte sugestive și autosugestive;

b) implică exerciții, practicare sistematică și regulată;

c) presupune neapărat persuasiune, care poate fi externă, atunci cînd relaxarea se face cu ajutorul terapeutului și internă, atunci cînd subiectul ajunge să practice singur tehnica, după ce a depășit fazele de învățare. Subiectul care practică exercițiile de relaxare trebuie să fie convins de utilitatea acestora; altfel, efectele sînt mult diminuate;

1, 2 – ritmuri caracteristice activității electrice cerebrale, înregistrată pe electroencefalogramă.

d) în cursul practicării relaxării, ca şi în cazul hipnozei, este absolut necesară o anumită verbalizare a efectelor pe care trebuie să le obţină subiectul, această verbalizare avînd, de asemenea, un rol sugestiv şi autosugestiv;

e) pentru ca subiectul să trăiască plenar starea de relaxare şi să beneficieze de efectele acesteia, trebuie să dispună de o anumită capacitate de a se transpune în sistem, de a juca un rol, de a se identifica cu situaţia.

Capitolul 4

RESPIRAȚIE ȘI RELAXARE

1. Respirație și sănătate

Funcția respiratorie este deosebit de importantă pentru ființele vii. Fără respirație nu există viață, toate celelalte funcții ale organismului fiind legate de cea respiratorie. Însemnătatea respirației pentru starea de sănătate, pentru echilibrul nostru emoțional și chiar pentru asigurarea longevității a fost bine stabilită. Înțelepții orientali spun că omul care trăiește liniștit și respiră liniștit va trăi ani îndelungați. Omul civilizat și-a pierdut însă capacitatea de a respira corect. Condițiile vieții urbanizate, activitățile predominant sedentare, practicarea insuficientă a educației fizice și sportului modifică ritmul respirator normal. La aceasta se adaugă stresurile psihice, anxietatea, controlul deficitar al emoțiilor care contribuie, la rîndul lor, la o respirație defectuoasă.

Respirația superficială și incorectă reduce vitalitatea, predispune la îmbolnăviri și practic scurtează viața omului.

Animalele și copiii nou-născuți sînt înzestrați în mod natural cu un sistem corect de respirație. De asemenea, omul primitiv, a cărui existență se derula în contact direct cu natura, nu avea nevoie să reînvețe să respire. Vînătoarea, pescuitul, muncile cîmpului, viața în aer liber, toate acestea îi ofereau multiple posibilități de mișcare, ceea ce contribuia în mod spontan la formarea unui tip de respirație corect. Faptul că

adultul civilizat şi-a pierdut în mare măsură deprinderile de respiraţie naturală a produs o serie de dereglări în buna funcţionare a organismului său.

Omul modern are posibilitatea de a exercita o influenţă benefică asupra aparatului respirator prin intermediul activităţilor sportive. Din păcate însă, foarte puţini adulţi practică în mod sistematic exerciţiile fizice, chiar dacă în copilărie sau tinereţe au fost sportivi.

O posibilă soluţie pentru remedierea acestei deficienţe o constituie practicarea gimnasticii respiratorii.

Primul pas spre o respiraţie corectă este stăpînirea acesteia, controlul ei conştient, transformarea respiraţiei dintr-un act automatizat într-un act conştient, voluntar.

Respiraţia pe nas reprezintă o regulă de bază a respiraţiei corecte şi eficiente. Este cunoscut faptul că aparatul respirator este astfel constituit încît să permită în egală măsură respiraţia pe nas şi pe gură. Respiraţia pe nas este însă fiziologică şi sănătoasă, la nivelul căilor nazale asigurîndu-se filtrarea şi încălzirea aerului care pătrunde în plămîni. Din acest motiv, majoritatea exerciţiilor de gimnastică respiratorie implică respiraţia pe nas şi doar în anumite cazuri inspiraţie pe nas şi expiraţie pe gură.

Un element important de care trebuie să ţinem seama în efectuarea unor exerciţii de gimnastică respiratorie este ritmarea acesteia, execuţia unei respiraţii ciclice. Respiraţia ciclică cuprinde două etape importante: inspiraţia şi expiraţia. În multe exerciţii de educare a respiraţiei sînt introduse faze de oprire a respiraţiei (apnee) care pot să urmeze deopotrivă după inspiraţie sau după expiraţie. Pentru însuşirea unei respiraţii ritmice este absolut necesară o poziţie comodă, cu coloana vertebrală dreaptă, această poziţie putînd fi culcat pe spate, şezînd sau stînd cu spatele drept.

Observaţiile empirice şi cercetările ştiinţifice au demonstrat faptul că apneea voluntară are un efect pozitiv asupra funcţiei

respiratorii. Astfel, apneea contribuie la amplificarea mişcărilor respiratorii, după încetarea acesteia, asigurînd o hiperventilaţie secundară compensatorie. De asemenea, apneea măreşte rezistenţa centrilor respiratori la consumul de oxigen din sînge şi contribuie la creşterea cantităţii de bioxid de carbon eliminat.

Unii autori sînt de părere că apneea voluntară contribuie şi la o mai bună purificare a aerului rămas în plămîni, asigurînd o oxigenare eficientă a sîngelui.

Datorită efectelor sale benefice asupra organismului, apneea voluntară a devenit un exerciţiu de educare a respiraţiei. Antrenarea acesteia este deosebit de utilă în anumite ramuri şi probe sportive în cadrul cărora exerciţiile se realizează cu apnee prelungită.

Tipuri de respiraţie

Înţelepţii indieni, creatorii sistemului Hatha-Yoga, au descris mai multe tipuri de respiraţie, în funcţie de zona din cadrul plămînilor unde pătrunde aerul în mod prioritar.

1. Respiraţia înaltă sau claviculară

Se realizează prin ridicarea uşoară a umerilor şi contractarea abdomenului. În cadrul acestui tip de respiraţie se întrebuinţează numai partea superioară a plămînilor şi, în consecinţă, aerul pătrunde într-o cantitate foarte limitată. Respiraţia claviculară este considerată forma cea mai ineficientă de respiraţie, deoarece solicită un consum foarte mare de energie, cu un profit minimal. Din nefericire, acest tip de respiraţie se întîlneşte foarte des la persoane care îşi solicită mult vocea (cîntăreţi, actori, avocaţi, profesori). De asemenea, respiraţia claviculară este mai frecventă la femei decît la bărbaţi, deoarece organismul femeii este adaptat situaţiei de sarcină, dar şi din cauza deprinderii acesteia de a purta centuri care presează zona abdominală.

Respirația claviculară se întîlnește foarte des și la persoanele cu dereglări psihice: irascibilitate, anxietate, tendințe depresive.

Respirația claviculară nu este utilă ca atare, ci doar înglobată în cadrul respirației complete.

Pentru însușirea respirației înalte sau costale superioare procedăm astfel: din poziția stînd, cu coloana vertebrală dreaptă, după o expirație se inspiră lent, o dată cu ridicarea umerilor. Expirația se realizează concomitent cu coborîrea umerilor.

2. Respirația mijlocie sau costală

Este o respirație ceva mai puțin defectuoasă decît cea descrisă anterior, ea fiind însă net inferioară respirației abdominale și celei complete. În cadrul acestui tip de respirație, aerul e dirijat în special spre zonele mijlocii ale plămînilor.

În cazul respirației mijlocii, diafragma se ridică, abdomenul se contractă, coastele se depărtează ușor, dilatînd cutia toracică. Acest tip de respirație se întîlnește la numeroși sportivi.

Se poate practica în pozițiile culcat, șezînd cu coloana dreaptă sau stînd în picioare.

După o expirație, se inspiră lent pe nas, depărtînd coastele. Abdomenul și umerii își mențin poziția.

Deși nu prezintă avantajele respirației abdominale și ale celei complete, acest tip de respirație are o serie de efecte pozitive asupra organismului, contribuind la îmbunătățirea circulației sîngelui în zona ficatului, splinei, stomacului, vezicii biliare și intestinului (Yesudian și Heich, 1958).

3. Respirația abdominală sau diafragmatică

Acest tip de respirație este mai eficient decît cele descrise anterior. Se realizează prin coborîrea diafragmei și umflarea abdomenului. În felul acesta, aerul pătrunde în zonele

inferioare ale plămînilor. Deşi respiraţia abdominală permite absorbţia unei mai mari cantităţi de aer, în raport cu tipurile descrise anterior, nici în cazul acesta plămînii nu se umplu integral cu aer, aşa cum se întîmplă în respiraţia completă. Respiraţia abdominală se practică în poziţiile culcat pe spate, şezînd cu coloana dreaptă sau în ortostatism.

Se expiră lent, contractînd uşor abdomenul. Apoi se inspiră lent pe nas, coborînd diafragma şi împingînd abdomenul în afară. La expiraţie, abdomenul se retrage şi diafragma urcă. Toracele rămîne nemişcat.

Acest tip de respiraţie prezintă următoarele efecte terapeutice:

- este o respiraţie relaxantă;
- este odihnitoare pentru activitatea inimii;
- stimulează digestia prin masajul realizat asupra organelor abdominale;
- contribuie la scăderea tensiunii arteriale.

Pentru ca respiraţia abdominală să fie cît mai relaxantă, unii autori recomandă ca expiraţia să fie prelungită (eventual dublul inspiraţiei).

4. Respiraţia completă

Este cel mai eficient tip de respiraţie, asigurînd organismului o cantitate sporită de oxigen. În tipul acesta, aerul pătrunde în toate zonele plămînilor. Respiraţia completă îmbină cele trei tipuri descrise mai sus, solicitînd întregul aparat respirator şi musculatura respiratorie în totalitate; cu o cheltuială minimă de energie, se produce un efect considerabil asupra organismului.

Respiraţia completă se realizează prin coborîrea diafragmului concomitent cu împingerea abdomenului spre înainte, depărtarea coastelor şi ridicarea umerilor.

Respiraţia completă se practică cel mai bine în poziţia stînd, cu coloana dreaptă şi corpul relaxat. După o expiraţie amplă urmează inspiraţia care cuprinde trei secvenţe:

- coborîrea diafragmei concomitent cu împingerea abdomenului spre înainte; umflarea abdomenului trebuie executată fără a se manifesta intenţia de a inspira. Se constată că aerul pătrunde oarecum „de la sine" în partea inferioară a plămînilor;
- dilatarea toracelui cu depărtarea coastelor;
- ridicarea claviculelor.

Secvenţele a doua şi a treia se execută mai uşor dacă se realizează o mişcare de ridicare a umerilor, cu braţele uşor depărtate de corp şi coatele îndreptate spre spate.

Cînd aerul a ajuns să umple şi partea superioară a plămînilor, se contractă abdomenul. Respiraţia completă nu trebuie executată sacadat, din trei mişcări distincte, ci dintr-o singură mişcare lentă şi continuă.

În expiraţie aerul se elimină în ordinea pătrunderii sale în plămîni: se contractă uşor abdomenul, se apropie coastele şi se coboară umerii.

Efectele respiraţiei complete asupra organismului:

- creşte rezistenţa la răceli şi la alte tipuri de afecţiuni ale aparatului respirator. O răceală în stadiu incipient poate fi evitată prin efectuarea cîtorva respiraţii complete;
- amplifică vitalitatea generală a organismului;
- creşte capacitatea organismului de a rezista la temperaturi scăzute; este suficient ca atunci cînd sîntem cuprinşi de senzaţia de frig, să realizăm cîteva respiraţii complete, pentru ca această senzaţie să dispară;
- contribuie în mod indirect la o mai bună funcţionare a tuturor organelor interne, datorită oxigenării mai bune a sîngelui care le irigă, cît şi masajului exercitat de diafragm asupra organelor aflate în cavitatea abdominală;
- în virtutea aceluiaşi mecanism (de oxigenare mai bună a sîngelui), respiraţia completă contribuie şi la o mai bună funcţionare a sistemului nervos şi, implicit, a proceselor psihice.

2. Respirația și comportamentul eficient

Influența stărilor psihice asupra respirației este un fapt incontestabil. Se știe că un șoc emoțional poate produce oprirea respirației pentru cîteva momente, chiar înainte ca inima să înceapă să bată mai repede. Într-o stare de teamă sau anxietate, respirația tinde să devină mai accelerată, după cum la trăirea unui sentiment de admirație, respirația devine în mod spontan lentă și mai profundă. În stările depresive se constată o diminuare a ritmului respirației, în timp ce în stările expansive, de bucurie, se produce o accelerare a acestuia.

Dacă stările psihice influențează respirația, aceasta la rîndul ei, atunci cînd este dirijată voluntar, poate regla stările psihice. Astfel, o respirație lentă și profundă poate calma o stare de agitație, după cum ritmarea și regularizarea respirației contribuie la creșterea capacității de concentrare a atenției și la mărirea randamentului activității intelectuale în ansamblu.

Influența respirației ritmice asupra proceselor psihice este confirmată de următoarele constatări:

a) În timpul exercițiilor de respirație ritmică, circulația la nivelul creierului este mai abundentă.

b) Sîngele care ajunge la creier, în condițiile practicării unor exerciții sistematice de respirație, este mai bogat în oxigen, fapt ce are efecte imediate asupra activității nervoase superioare.

c) De regulă, exercițiile de gimnastică respiratorie se efectuează în stare de destindere musculară. Absența contracțiilor musculare conduce la diminuarea excitațiilor nervoase cu punct de plecare în mușchi, excitații care contribuie la distragerea atenției subiectului. O dată cu diminuarea acestor excitații, se produce o ameliorare a capacității de concentrare a atenției.

d) Respirația ritmică este responsabilă de o serie de sincronizări la nivelul structurilor nervoase cerebrale, ceea

ce contribuie la o mai bună reglare şi autoreglare a stărilor psihice, la creşterea eficienţei şi randamentului activităţii psihice.

Care sînt procesele şi funcţiile psihice care pot fi optimizate în urma practicării sistematice a unor exerciţii de gimnastică respiratorie?

Exerciţiile de gimnastică respiratorie contribuie în primul rînd la creşterea capacităţii de concentrare a atenţiei. Acest efect se obţine atît datorită unei mai bune oxigenări a creierului, cît şi faptului că exerciţiile de gimnastică respiratorie în cadrul cărora atenţia este îndreptată asupra actului respirator, transformîndu-l dintr-un act automat într-un act voluntar, sînt în acelaşi timp şi exerciţii de educare şi antrenare a capacităţii de concentrare a atenţiei.

Practicînd deci cu regularitate exerciţiile de gimnastică respiratorie, vom observa în scurt timp o îmbunătăţire evidentă a posibilităţilor noastre de a ne concentra eficient asupra activităţii desfăşurate.

S-a constatat că gimnastica respiratorie are şi unele efecte asupra memoriei. Fără a interveni direct asupra aspectelor biochimice care stau la baza funcţiei mnezice, exerciţiile de respiraţie contribuie în mod indirect la ameliorarea memoriei, prin îmbunătăţirea capacităţii de concentrare a atenţiei, fapt ce produce şi creşterea capacităţii de fixare a materialului mnezic. Funcţia mnezică este optimizată şi pe baza mecanismelor care asigură irigarea şi mai buna oxigenare la nivelul structurilor cerebrale, ceea ce contribuie la creşterea randamentului general al activităţii psihice.

Influenţa cea mai însemnată o au însă exerciţiile de gimnastică respiratorie asupra autoreglării stărilor emoţionale. Am menţionat la începutul acestui capitol faptul că emoţiile, trăirile afective modifică respiraţia. La rîndul său, respiraţia controlată, dirijată, conştientizată contribuie la reducerea supraîncordării emoţionale, la diminuarea efectelor negative pe care emoţiile

le au asupra compor-tamentului uman. Dacă ne aflăm într-o stare depresivă, de apatie, de insuficientă mobilizare pentru activitate, este indicat să efectuăm cîteva inspirații profunde și complete care au rolul de a energiza și activa. Dacă, dimpotrivă, sîntem emoționați, încordați, în așteptarea unui eveniment important, ne pregătim să intrăm la un examen sau să participăm la o competiție sportivă cu miză mare, cîteva expirații ample vor contribui la detensionarea psihică și la restabilirea echilibrului emoțional. În același timp, practicarea sistematică a exercițiilor de gimnastică respiratorie contribuie la creșterea capacității de autocontrol voluntar asupra organismului. Gimnastica respiratorie are nu numai rolul de creștere a nivelului energetic și de asigurare a unei mai bune funcționări a diverselor aparate și sisteme ale organismului, ci reprezintă în același timp un mod de autoreglare a stărilor psihice și de optimizare a comportamentului în diverse situații de viață.

Rolul reglator și autoreglator al gimnasticii respiratorii crește și mai mult dacă combinăm exercițiile de gimnastică respiratorie cu exerciții de relaxare și destindere psihică.

3. Respirație și destindere

Între respirație și relaxare există o foarte strînsă legătură. Astfel, în stările de destindere și relaxare musculară, respirația devine tot mai lentă și mai profundă. Calmarea, încetinirea voluntară a respirației contribuie, la rîndul său, la instalarea mai rapidă a stării de relaxare.

Pentru însușirea unei tehnici de relaxare se poate recurge la reglarea voluntară a ritmurilor respiratorii.

Reamintim faptul că un ciclu respirator obișnuit cuprinde două faze importante – inspirația și expirația, între acestea putînd fi incluse, în unele cazuri, pauzele respiratorii sau fazele de apnee (apneea pozitivă după inspirație și apneea negativă după expirație).

Inspirația este o fază de activare, înviorare, de creștere a tensiunii psihice. Atunci cînd dorim să ne relaxăm, să ne destindem, trebuie să reducem tensiunea psihică. Cu toate acestea, faza de inspirație este importantă în însușirea unei tehnici de relaxare, ea fiind utilizată pentru anularea stării de destindere fizică și psihică, pentru ieșirea din starea de relaxare. Astfel, atunci cînd dorim să încheiem un exercițiu de relaxare, se recomandă să executăm cîteva exerciții de respirație incluzînd inspirații profunde și active, care vor restaura rapid starea de vigilență și tensiunea psihică. Este bine ca inspirațiile profunde să fie combinate cu exerciții fizice de flexie și extensie a membrelor, aceste mișcări fiind asemănătoare cu cele pe care le realizează omul în mod spontan, atunci cînd se trezește din somn.

Expirația este o fază relaxantă în cadrul ciclului respirator. Dacă realizăm o expirație lentă, profundă și ne concentrăm atenția asupra acestei faze, vor apărea destul de repede senzațiile de destindere, liniștire generală a organismului, relaxare, greutate corporală.

Curtis (1987) dă cîteva indicații metodice pentru intrarea subiectului într-o stare de relaxare utilizînd tehnica respiratorie:

a) „Respirați normal. Observați ciclul respirator în mod pasiv. Cu alte cuvinte, lăsați corpul să respire singur, de la sine, autoobservîndu-vă calm respirația.
b) Ignorați inspirația; nu vă gîndiți deloc la ea. Permiteți organismului să inspire de la sine fără a conștientiza actul inspirator.
c) Concentrați-vă atenția asupra expirației, gîndiți-vă și vizualizați expirația.
d) Simțiți și trăiți senzațiile specifice expirației: senzația de scufundare, de liniștire, de greutate, de relaxare."

Exerciții de relaxare cu expirație

Adoptați o poziție comodă (culcat dorsal, sau şezînd cu capul şi brațele sprijinite). În timpul exercițiului mențineți o atenție pasivă. Închideți ochii şi, timp de cîteva cicluri respiratorii (2 pînă la 5), observați aerul care intră şi apoi părăseşte căile nazale.

În continuare, pe parcursul altor cîtorva cicluri respiratorii, concentrați-vă atenția numai asupra fazei de expirație: percepeți căldura aerului care părăseşte căile nazale şi relaxați-vă în timp ce expirați, relaxați întregul corp în timpul expirației ... lăsați-vă purtat de senzația de relaxare, continuînd să vă concentrați asupra expirației.

În timp ce expirați, simțiți cum corpul se destinde, parcă se scufundă, se contopeşte cu mediul înconjurător.

Observați cum corpul se scufundă, se destinde, se relaxează cu fiecare expirație. Cu fiecare expirație simțiți cum organismul se liniştește, se liniştește tot mai mult ... Respirația devine tot mai liniştită, bătăile inimii se domolesc ... trăiți o senzație de liniște, de pace interioară.

Ori de cîte ori trăiți una dintre senzațiile descrise mai sus, lăsați-vă purtat de ea, relaxați-vă tot mai mult, din ce în ce mai mult, destindeți-vă, relaxați-vă !

Rămîneți un timp în starea de relaxare. Atunci cînd doriți să ieşiți din starea de relaxare, inspirați adînc, faceți cîteva mişcări de extensie şi flexie a membrelor şi deschideți ochii.

Relaxarea în etape

Şi acest exercițiu se bazează pe utilizarea tehnicii respiratorii, mai precis a expirației.

Indicații metodice (Curtis, 1987)

a) Concentrați-vă atenția asupra unei anumite părți a corpului. (Este bine să porniți de jos în sus: labele picio-

arelor, glezne, gambe, coapse, şolduri, abdomen, torace, braţe, mîini.)

b) Atunci cînd expiraţi, căutaţi să simţiţi relaxarea în acea parte a corpului asupra căreia vă concentraţi atenţia. Senzaţiile corecte sînt de destindere, liniştire, greutate, relaxare.

c) Imediat după instalarea senzaţiei de relaxare în acea parte a corpului asupra căreia v-aţi concentrat, după ce aţi realizat cîteva cicluri respiratorii concentrîndu-vă asupra respectivei regiuni, comutaţi-vă atenţia asupra zonei simetrice (braţ, picior) sau asupra părţii corporale imediat următoare.

d) Parcurgeţi toate zonele corpului, pînă cînd majoritatea acestora sînt relaxate.

e) Rămîneţi un timp în stare de relaxare, după care reveniţi, realizînd o inspiraţie profundă, cîteva mişcări de flexie şi extensie a membrelor şi apoi deschideţi ochii.

Exerciţiul propriu-zis se realizează astfel:

Luaţi o poziţie comodă, închideţi ochii. Timp de cîteva cicluri respiratorii urmăriţi în mod pasiv propria respiraţie.

Îndreptaţi-vă apoi atenţia asupra fazei de expiraţie şi relaxaţi-vă în timp ce expiraţi ... Lăsaţi-vă purtaţi de senzaţia de destindere, relaxare, relaxaţi-vă tot mai mult o dată cu fiecare expiraţie. Concentraţi-vă atenţia asupra labei piciorului drept şi gleznei drepte şi, în timp ce expiraţi, observaţi cum tensiunea dispare din piciorul drept, piciorul drept devine greu, tot mai greu, tot mai relaxat.

Lăsaţi piciorul tot mai moale, să se scufunde în podea, să devină una cu podeaua. Pe măsură ce expiraţi, observaţi cum piciorul drept se scufundă în podea... Apoi, concentraţi-vă atenţia asupra labei piciorului stîng şi a gleznei stîngi: lăsaţi piciorul stîng să se relaxeze şi să se destindă o dată cu expiraţia, lăsaţi piciorul stîng să devină greu, greu, tot mai relaxat, cu fiecare expiraţie.

Îndreptați-vă acum atenția asupra gambei drepte. Pe măsură ce vă concentrați asupra acestei zone, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă în timp ce expirați ... lăsați tensiunea să iasă în timpul expirației și relaxați gamba. Comutați atenția asupra gambei stîngi și, cu fiecare expirație, veți simți mușchii tot mai destinși, mai relaxați, gamba tot mai grea.

Îndreptați-vă acum atenția asupra coapsei drepte și veți simți cum și această parte a corpului se relaxează în timp ce expirați ... se relaxează tot mai mult în timpul expirației.

Îndreptați-vă apoi atenția asupra coapsei stîngi. Trăiți senzația de destindere în coapsa stîngă, o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă acum asupra ambelor picioare și observați senzația agreabilă de greutate ce se instalează o dată cu fiecare expirație.

Lăsați acum ca relaxarea să se instaleze în zona șoldurilor. În timp ce expirați, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă.

Apoi lăsați ca relaxarea să cuprindă trunchiul, care se destinde în timp ce expirați. Simțiți cum trunchiul se destinde, se lasă, simțiți cum o greutate plăcută cuprinde trunchiul o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă atenția asupra brațului și palmei drepte și, în timp ce expirați, lăsați ca starea de relaxare să pătrundă în brațul și în mîna dreaptă. Simțiți cum mușchii se lasă, cum brațul și mîna devin tot mai grele, cum o greutate plăcută le cuprinde, cum devin tot mai relaxate o dată cu fiecare expirație. Apoi concentrați-vă atenția asupra brațului stîng. Simțiți cum brațul stîng este cuprins de o greutate plăcută, cum devine tot mai relaxat, o dată cu fiecare expirație.

În continuare, permiteți ca starea de relaxare să se răspîndească în tot organismul, să-l cuprindă o dată cu fiecare expirație. Simțiți și trăiți o stare de greutate plăcută, de liniște, de destindere a întregului corp. Întregul corp este liniștit, destins, în pace ... el se relaxează tot mai mult o dată cu fiecare expirație ... pînă cînd sînteți gata să încheiați exercițiul. Inspirați

profund de cîteva ori, îndoiți și întindeți brațele și picioarele, deschideți ochii".

Acest tip de exercițiu de relaxare prin respirație poate fi utilizat zilnic, pentru refacerea organismului după eforturi fizice sau intelectuale. Este bine ca el să fie practicat după-amiaza, cu puțin timp înainte de a mînca. Nu este indicat ca astfel de exerciții să se practice cu stomacul încărcat sau după ingerarea unor substanțe excitante (alcool, cafea, tutun). Condițiile de practicare sînt cele specifice oricărei tehnici de relaxare cunoscute. Astfel, este bine să se lucreze într-o încăpere liniștită, în condiții corespunzătoare de temperatură (nici prea cald, nici prea frig), evitîndu-se revenirea bruscă din starea de relaxare, pentru a nu le provoca subiecților tulburări neurovegetative.

Exercițiul de relaxare cu respirație durează în total 5-7 minute, el putîndu-se asocia, în cazul persoanelor care dispun de mai mult timp, și cu alte exerciții de gimnastică respiratorie, care produc o încărcare energetică a organismului. Acestea se execută după încheierea exercițiului de relaxare cu respirație.

4. Respirație și autosugestie

Omul depinde într-o foarte mare măsură de sistemul verbal de comunicare, bazat pe cel de-al doilea sistem de semnalizare. Prin intermediul cuvîntului, pot fi influențate practic toate procesele psihice și psihosomatice ale omului.

Cuvîntul – spunea Pavlov încă din 1924 – reprezintă pentru om un excitant condiționat, tot atît de real ca toți ceilalți excitanți condiționați care apar și la alte animale.

Dacă influența cuvintelor asupra comportamentului nostru este mai greu de sesizat în situațiile obișnuite, ea devine evidentă în situațiile-limită, de criză, cînd un singur cuvînt, un sfat, un îndemn poate influența în mod hotărîtor deciziile și conduita, cu urmări pentru întreaga existență.

Pentru a sublinia rolul decisiv al cuvintelor în cadrul demersului psihoterapeutic, Platonov (1950) a elaborat o lucrare intitulată „Cuvîntul ca factor fiziologic şi terapeutic".

Argumentele cele mai elocvente în sprijinul influenţei cuvintelor asupra proceselor psihice şi chiar asupra funcţiilor fiziologice le oferă multiplele cercetări cu privire la efectul „placebo". Acesta reprezintă un efect sugestiv manifestat prin faptul că un preparat medicamentos neutru, despre care doar se spune că produce anumite efecte terapeutice, chiar le şi produce la unii subiecţi cu grad sporit de sugestibilitate. Acest efect a fost pus în evidenţă de farmacologii care testau noile medicamente ce urmau să fie puse în circulaţie. În ultimul timp, s-au întreprins numeroase studii de laborator, care au urmărit efectul „placebo", înregistrînd o serie de indicatori psiho-fiziologici complecşi.

Comparînd efectele unor tablete de nicotină cu cele ale unor preparate neutre („placebo"), Netter (1987) a ajuns la concluzia că subiecţii reacţionează nu atît la preparatul propriu-zis, cît la ceea ce se spune despre acesta, conform propriilor lor modele anticipative.

La rîndul său, Evans (1987) a demonstrat pe baze experimentale, că preparatul „placebo" dă, în proporţie de peste 50%, rezultate similare cu cele ale unor analgezice consacrate. Desigur, acţiunea cuvintelor este dependentă de o serie de factori, dintre care menţionăm prestigiul persoanei care comunică, relaţiile dintre comunicator şi cel care primeşte mesajul, contextul social în care se desfăşoară comunicarea, particularităţile modului de comunicare etc.

Cuvintele pot contribui, deci, la optimizarea funcţionalităţii unor procese psihice, pot modifica modelele comportamentale defectuoase, pot influenţa funcţiile fiziologice ale organismului.

Aceste proprietăţi ale sistemului verbal de comunicare stau la baza oricărui demers psihoterapeutic. În mare măsură,

capacitatea cuvintelor de a influența comportamentul are la bază vehicularea unui mesaj sugestiv.

Definită de Gheorghiu (1982) ca o incitație susceptibilă să declanșeze reacții spontane, nemediate de instanțele raționale ale gîndirii discursive, sugestia poate influența practic toate procesele psihice, începînd cu senzațiile și percepțiile și sfîrșind cu raționamentele, atitudinile, opiniile, deciziile și comportamentele individului uman. Acțiunile sugestive pot fi atît pozitive, ducînd la optimizarea funcționalității unor procese și funcții psihice, la ameliorarea sănătății și la actualizarea disponibilităților latente ale organismului (cazul extrem reprezentîndu-l sugestia), cît și negative, sugestiile putînd provoca disfuncții neuropsihice ori psihosomatice sau chiar agravarea unor boli.

Datorită uriașei sale influențe asupra funcțiilor psihice și asupra fiziologiei organismului, sugestia și autosugestia (realizată de individul însuși) reprezintă una din modalitățile cele mai eficiente de reglare și autoreglare a comportamentului.

Desigur, stimulii sugestivi nu trebuie reduși la cei verbali, imaginile și simbolurile neverbale exercitînd și ele o mare influență asupra noastră. Cu toate acestea, în cadrul demersului psihoterapeutic și recuperator, sugestiile verbale sînt cel mai ușor de utilizat și manevrat. Repetarea ritmică a unei formule sugestive va contribui la creșterea forței ei, aceasta devenind treptat idee dominantă, cu acțiune directă asupra psihicului și sferei somatice.

Majoritatea terapeuților practicieni explică eșecurile înregistrate în domeniul terapiei sugestive prin lipsa de ritmicitate cu care se practică sugestiile.

Eficiența sugestiilor crește foarte mult dacă sînt practicate în stare de relaxare musculară, și mai ales atunci cînd sînt asociate cu exerciții de gimnastică respiratorie, fapt ce le conferă mai multă forță și ritmicitate.

Jencks (1977) ne prezintă cîteva modele de exerciţii respiratorii în cadrul cărora respiraţia se combină cu formule autosugestive cu caracter reglator:

a. *Pentru relaxare:*
Corpul relaxat – expiraţie;
Mintea activă – inspiraţie.

b. *Pentru concentrare:*
Mă concentrez asupra problemei de rezolvat – inspiraţie;
Dar sînt relaxat şi liniştit – expiraţie.

c. *Pentru înviorare:*
Sînt treaz şi în stare de alertă – inspiraţie;
Elimin toată oboseala – expiraţie;
Sînt vioi şi activ – inspiraţie;
Dar corpul este liniştit – expiraţie.

d. *Pentru creşterea rezistenţei organismului:*
Sînt ca un munte – inspiraţie;
De rezistenţă – expiraţie;
Rezistenţa e fără margini – expiraţie;
Simt o forţă puternică în mine – inspiraţie.

e. *Pentru reducerea anxietăţii:*
Teama mă părăseşte – expiraţie;
Curajul pătrunde în mine – inspiraţie.

f. *Pentru a face faţă cu succes unor competiţii:*
Concurez cu toate forţele – inspiraţie;
Dar am controlul relaxat al corpului – expiraţie;
Concurez calm – expiraţie;
Rece – inspiraţie;
Adunat – expiraţie;
Combativ – inspiraţie.

Pentru a fi recepţionate de subiect cu maximă eficienţă, formulele sugestive verbale trebuie să respecte cîteva condiţii (Jencks, 1977, cit. Holdevici; Vasilescu, 1988):

- să fie acceptate de subiect;
- să concorde cu sistemul de valori al persoanei respective;

- să servească scopului propus (ceea ce presupune o bună cunoaştere a problemelor fiecărui individ, fie că este vorba de un pacient care doreşte să elimine nişte simptome, fie că este vorba de un sportiv de performanţă sau de un individ care intenţionează să-şi optimizeze comportamentul);
- să se integreze în mod adecvat în ciclurile de activitate (muncă sau antrenament);
- să nu fie prea lungi;
- să fie pozitive;
- să fie plastice (să aibă forţa de a impresiona psihicul subiectului);
- să fie realiste;
- să fie simple;
- să fie convingătoare;
- să fie individualizate în funcţie de situaţia în care se aplică şi de problematica fiecărui subiect;
- să fie ritmice, urmărind – dacă este posibil – ciclurile respiratorii.

Cîteva exerciţii de respiraţie cu autosugestie pentru autoreglarea stărilor psihice:

a) Respiraţia de încărcare energetică a organismului

Culcat sau şezînd, cu coloana vertebrală dreaptă, se respiră ritmic (4 timpi inspiraţie; 4 timpi sau mai mult expiraţie), utilizîndu-se respiraţia abdominală. În timpul inspiraţiei vă imaginaţi că introduceţi în organism o anumită cantitate de energie. Apoi, expirînd, vă închipuiţi că o dată cu aerul expirat, daţi afară din organism toate toxinele.

b) Exerciţiu de respiraţie cu distribuirea energiei în organism

Culcat, într-o poziţie relaxată, cu palmele la nivelul plexului solar, se respiră ritmic (4-2 – 4-2 sau 6-3 – 6-3). După ce

v-ați familiarizat cu ritmul respirator, vă imaginați că la fiecare inspirație se introduce în organism o mare cantitate de energie pe care o înmagazinați la nivelul plexului solar.

Vă închipuiți apoi că, o dată cu inspirația, energia se distribuie în tot organismul, ajungînd la nivelul fiecărui organ al corpului: în artere, în vene, în nervi, în mușchi, în toate celulele și țesuturile, înviorînd și vitalizînd întregul organism.

c) Exercițiu pentru calmarea durerii

Culcat într-o poziție relaxată sau șezînd cu spatele drept, se respiră ritmic; vă imaginați că, o dată cu aerul, pătrunde în organism energie. În continuare, vă închipuiți că o dată cu expirația se trimite un curent de aer în zona dureroasă, pentru a restabili circulația sîngelui în regiunea respectivă. Inspirați, imaginîndu-vă din nou că starea organismului se ameliorează, iar la o nouă expirație vă închipuiți că senzația de durere dispare. Deci, la o expirație vă imaginați că vitalizați regiunea dureroasă, iar la altă expirație că eliminați durerea.

Pentru sporirea efectelor autosugestiei, subiectul își poate așeza palma în regiunea dureroasă, imaginîndu-și că aerul se scurge de-a lungul brațului pînă la zona care creează probleme.

d) Exercițiu pentru reglarea circulației periferice

Acest exercițiu este indicat pentru persoanele cu circulație periferică deficitară (mîini și picioare reci sau cu cefalee datorată unor fenomene de vasoconstricție).

Culcat pe spate sau șezînd cu coloana vertebrală dreaptă, se respiră ritmic, imaginîndu-vă vasodilatația în diverse zone ale corpului.

e) Exercițiu pentru dezvoltarea unor calități fizice sau psihice

O serie de calități fizice sau psihice dorite pot fi perfecționate prin concentrarea atenției asupra lor, în timpul executării unui exercițiu respirator. Totodată, putem diminua defectele, comutînd atenția asupra opusului acestora.

Culcat sau șezînd într-o poziție comodă, cu coloana vertebrală dreaptă, vă imaginați că posedați deja calitatea dorită și

că aceasta se dezvoltă. Executați în același timp o respirație ritmică (4-2 – 4-2; 8-4 – 8-4), menținînd cît mai mult timp posibil imaginea mentală creată.

Nu trebuie să vă propuneți însă lucruri absurde. Deși puterea autosugestiei este mare, ea putînd contribui la vindecarea unei afecțiuni psihosomatice sau la optimizarea funcționării unui aparat sau sistem al organismului, prin autosugestie nu veți putea schimba culoarea ochilor sau nu veți putea determina creșterea în înălțime a unui adult.

Prin concentrare și autosugestie pot fi influențate numai unele aspecte funcționale, psihofiziologice ale organismului.

f) Exercițiu pentru diminuarea emoțiilor negative

Dacă nu sînt supuse controlului voluntar, emoțiile negative, cum ar fi iritarea, teama, furia, depresia, dezorganizează comportamentul, determinîndu-l pe individ să ia adesea decizii greșite. Cu ajutorul respirației, se pot autoregla emoțiile negative, dezorganizatoare.

Culcat sau șezînd, cu coloana dreaptă, într-o poziție relaxată, se respiră ritmic (4-2 – 4-2 sau 8-4 – 8-4), subiectul concentrîndu-și atenția asupra plexului solar. În momentul expirației, își imaginează că emoțiile negative părăsesc organismul o dată cu ieșirea aerului.

g) Exercițiu pentru reducerea rapidă a încordării emoționale (Holdevici, Vasilescu, 1988)

Cum trebuie să procedați atunci cînd vă simțiți frustrați, jigniți, umiliți, gata să izbucniți în plîns sau să le adresați celor din jur cuvinte grele? Inspirați profund ca pentru o respirație completă și rețineți aerul timp de 10-15 secunde. În timpul pauzei respiratorii, strîngeți pumnii, încordați mușchii brațelor, spatelui, abdomenului, bazinului, picioarelor. Expirați vioi și relaxați toți mușchii corpului. Faceți cîteva mișcări de scuturare a brațelor și picioarelor, ca și cum v-ați elibera de tot ce este rău și inutil în organism. Exercițiul se repetă de mai multe ori.

h) Exercițiu de respirație pentru creșterea capacității de concentrare a atenției (Jenkson, 1977)

Stînd, cu corpul relaxat, inspirați lent pe nas. Imaginați-vă aerul care pătrunde prin căile respiratorii pînă în plămîni și de acolo în zona abdominală. Expirați lent numărînd unu și imaginați-vă că cifra 1 se așază o dată cu expresia la nivelul abdomenului. Inspirați din nou, lent, concentrîndu-vă asupra cifrei 1. În timpul următoarei expirații plasați cifra 2 lîngă cifra 1, în abdomen. Respirați din nou, concentrîndu-vă atenția asupra cifrelor 1 și 2 din abdomen. Repetați exercițiul pînă cînd ajungeți la cifra 10.

Atenție! Trebuie procedat treptat și progresiv, exercițiul riscînd altfel să devină obositor.

i) Utilizarea respirației pentru optimizarea activității de învățare

În situația în care dorim să memorăm rapid și eficient un material, este bine să procedăm astfel: citim cu atenție textul, apoi ne relaxăm, facem cîteva exerciții de respirație ritmică și apoi încercăm să memorăm materialul respectiv.

Deoarece exercițiile respiratorii conduc, datorită funcției lor relaxante, la obținerea unei stări modificate de conștiință, cît și datorită faptului că ele produc o mai bună irigare cerebrală și, deci, o funcționare mai eficientă a proceselor nervoase corticale, le putem utiliza și pentru a readuce mai ușor la nivelul conștiinței o informație uitată, care refuză să apară atunci cînd avem nevoie de ea. Ne relaxăm, facem cîteva respirații ritmice și încercăm cu calm să regăsim în memorie informația uitată. Subliniem încă o dată faptul că influența exercițiilor respiratorii asupra funcției mnezice nu este directă, ea exercitîndu-se pe de-o parte prin asigurarea unei mai bune concentrări a atenției care ne ajută să fixăm mai bine materialul de învățat, iar pe de altă parte, prin asigurarea unei mai bune funcționări a proceselor nervoase corticale.

Capitolul 5

HIPNOZA ÎN TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Hipnoterapia este considerată de majoritatea autorilor ca fiind o metodă specială de psihoterapie, alături de psihanaliză, terapia centrată pe client, terapia comportamentală etc.

Dacă în secolul al XIX-lea hipnoterapia erá utilizată doar pentru înlăturarea simptomelor, în prezent sfera acestei tehnici psihoterapeutice s-a extins foate mult. Deşi se mai utilizează şi astăzi sugestii directe, centrate pe simptom, ca de pildă în cazul tratării negilor, această abordare reprezintă o excepţie. Astăzi se vorbeşte tot mai mult de hipnoanaliză, hipnoterapie cognitiv-comportamentală sau de hipnoterapia de orientare ericksoniană, majoritatea autorilor avînd tendinţa de a face un demers eclectic.

Aşa cum este practicată astăzi, hipnoterapia reprezintă o metodă acceptată de tratament medical şi/sau psihologic, practicată de către specialişti calificaţi.

Pentru a înţelege mai bine în ce constă hipnoterapia, trebuie să definim fenomenul hipnozei.

Mai bine de un secol, hipnoza a fost definită ca o stare modificată de conştiinţă (James, 1990; Secţiunea Asociaţiei Psihologilor Americani pentru Hipnoză Clinică, 1985).

Această definiţie este controversată, o serie de autori înţelegînd prin hipnoză doar o stare de atenţie focalizată (McConkey, 1986).

Din fericire, există un consens în ceea ce privește producerea unor fenomene deosebite care presupun modificarea unor procese și funcții psihice și psihomotorii, sub influența hipnozei.

Kirsch, Lynn și Rhue (1993) consideră că hipnoza implică un set de proceduri pe care o persoană denumită hipnotizator le aplică asupra altei persoane care este denumită client sau pacient, aceasta din urmă trăind o serie de modi-ficări în sfera superioară perceptivă, cognitivă sau motorie (Kihlstrtom, 1985).

Autorii sînt de părere că tehnicile hipnozei pot fi utilizate în mod creativ în foarte multe situații clinice.

Indicațiile și contraindicațiile hipnoterapiei

Hipnoterapia poate fi aplicată cu succes în foarte multe domenii cum ar fi: tratamentul anxietății, depresiei, tulburărilor borderline, tulburărilor posttraumatice produse de stres, al personalităților multiple, al tulburărilor psihosomatice, al tulburărilor conduitei alimentare, în controlul durerii, în terapia unor deprinderi greșite, al obezității sau în unele afecțiuni neurologice.

De fapt, hipnoza poate fi aplicată în orice situație în care se indică intervenția de natură psihologică.

Există multe motive pentru care hipnoza poate fi inclusă în cadrul unor demersuri psihoterapeutice. Astfel, pentru unii subiecți, hipnoza poate ameliora relația subiect-terapeut, accentuînd transferul și contratransferul. În cazul pacienților cu atitudine pozitivă față de hipnoză, contextul hipnotic le poate întări încrederea în eficiența psihoterapiei, în același mod în care acționează efectul „placebo". De asemenea, hipnoza modifică uneori sistemele perceptive, de referință, acest lucru

putînd fi utilizat pentru crearea unui comportament aversiv la persoanele care doresc să se lase de fumat.

S-a demonstrat şi faptul că hipnoza contribuie la creşterea vivacităţii reprezentărilor, fapt ce sporeşte eficienţa tratamentelor bazate pe desensibilizare.

Cu toate acestea, hipnoza nu reprezintă un panaceu universal, neputînd fi utilizată în cazul tuturor pacienţilor.

Înainte de a purcede la hipnoterapie, este absolut necesară formarea unei alianţe psihoterapeutice strînse între terapeut şi client.

Aplicarea hipnoterapiei trebuie să fie precedată de o corectă evaluare a subiectului ce urmează să fie supus acestei intervenţii. Este necesar să obţinem informaţii cu privire la starea psihică (dacă este psihotic, nevrotic, epileptic etc.) a pacientului, la nivelul său intelectual, precum şi la istoria vieţii şi problemele sale psihologice.

Deosebit de importante sînt informaţiile referitoare la motivaţia pentru tratament, la nevoile, structura, caracterul, precum şi la atitudinea acestuia faţă de hipnoză.

Judith Rhue, Lynn şi Kirsch (1993) sînt de părere că, înainte de a induce hipnoza, terapeutul ar trebui să-şi adreseze cîteva întrebări:

„De ce ar fi hipnoza tehnica psihoterapeutică cea mai potrivită în acest caz?"

„Ce avem de cîştigat dacă utilizăm hipnoza?"

„Poate hipnoza să accelereze efectele tratamentului?"

„Vor putea fi generalizate efectele obţinute prin intermediul hipnozei?"

„Care sînt motivele care îl determină pe client să solicite hipnoterapia?"

„Oare chiar este bine să-i facem pe plac clientului?"

„Care sînt motivele care îl determină pe terapeut să recurgă la hipnoză ca la cea mai indicată tehnică de intervenţie?"

„Oare nu cumva terapeutul se simte culpabil faţă de client, pentru că nu a făcut destul pentru acesta?" sau

„Nu cumva terapeutul este plictisit şi enervat de clientul său şi atunci manifestă tendinţa de a-i aplica o tehnică mai directivă, pentru a-l domina?" etc.

Există pacienţi care consideră că hipnoza le va rezolva problemele fără ca ei să întreprindă nici un efort. Astfel de expectaţii nerealiste nu vor face decît să contribuie la eşecul demersului psihoterapeutic.

Subiectul care a avut expectaţii miraculoase privitoare la hipnoză se va simţi foarte prost atunci cînd şi o metodă atît de eficientă a dat greş. Mai mult, terapeutul va fi discreditat.

Este de dorit să fim atenţi şi atunci cînd utilizăm hipnoza la subiecţi care manifestă tendinţa de a declanşa reacţii catartice puternice în timpul acesteia, pentru că situaţia hipnotică permite clienţilor să-şi exprime gînduri şi sentimente pe care nu le-ar exprima în alt cadru terapeutic. Acest fenomen reprezintă unul din avantajele hipnozei, dar, în acelaşi timp, dacă terapeutul nu este antrenat să lucreze cu pacienţi care dezvoltă abreacţii (descărcări afective) puternice, va întîmpina serioase dificultăţi.

Se recomandă, de asemenea, să nu se utilizeze hipnoza sau să se amîne utilizarea acesteia la subiecţi *borderline* (marginali) sau cu tulburări disociative, mai ales cînd aceştia nu sînt stabilizaţi în urma tratamentului psihiatric.

Alte probleme de care trebuie să ţină seama terapeutul reprezintă răspunsuri la următoarele întrebări:

„Cum vede clientul hipnoza? Ca pe o terapie magică, ca pe o cale «regală» spre inconştient sau ca pe o fereastră deschisă spre trecut?"

„Nu cumva tendinţa clientului de a solicita hipnoza pentru a elucida anumite evenimente trecute reprezintă o modalitate de a evita confruntarea cu problemele prezente?"

Chiar şi atunci cînd terapeutul se decide să utilizeze hipnoterapia, unii clienţi vor fi ambivalenţi, rezistenţi sau incapabili să beneficieze de experienţa hipnotică.

În condiţiile în care demersul hipnotic nu va fi încununat de succes, terapeutul va afla totuşi ceva despre clientul său şi

respectivele informații îl vor ajuta să direcționeze demersul psihoterapeutic viitor.

Tehnici simple de inducție hipnotică

(Judith Rhue, Lynn și Kirsch, 1993)

Înainte de a proceda la inducția hipnotică propriu-zisă, terapeutul va trebui să amendeze, în discuția sa cu pacientul, ideile greșite cu privire la hipnoză, vehiculate de mass-media. Astfel, mulți subiecți consideră că hipnoza este o procedură aplicată asupra lor și nu o stare imposibil de atins fără propria contribuție.

După părerea lor, persoanele hipnotizate își pierd controlul de sine și execută orbește doar ceea ce le cere hipnoterapeutul.

Alții pornesc de la premisa că vor fi serios tulburați, ca și cum ar fi consumat un drog, mulți subiecți temîndu-se de faptul că nu vor mai putea ieși din starea respectivă.

Se consideră frecvent și că subiectul hipnotizat nu-și va putea aminti nimic din ceea ce s-a petrecut în starea de hipnoză, că doar subiecții cu voință slabă pot fi hipnotizați sau că hipnoza ar contribui la slăbirea voinței persoanei hipnotizate.

Bazîndu-se pe rezultatele cercetării științifice, terapeutul trebuie să precizeze următoarele aspecte:

a) hipnoza nu este același lucru cu somnul;
b) hipnoza reprezintă o stare realizată într-o mai mare măsură cu concursul subiectului față de acela al psihoterapeutului;
c) în timpul hipnozei, subiecții își conservă capacitatea de a-și autocontrola comportamentul (Lynn, Rhue și Weeks, 1990);
d) în timpul hipnozei subiecții sînt conștienți de ceea ce se petrece în jurul lor și pot recepționa chiar și stimuli care acționează în afara contextului hipnotic (Lynn, Weeks și Milano, 1989);

e) amnezia hipnotică spontană reprezintă un fenomen relativ rar (Simon şi Salzberg, 1985), iar efectele negative ale acesteia pot fi prevenite sugerîndu-i-se pacientului că îşi poate aminti tot ceea ce doreşte să memoreze din timpul şedinţei de hipnoză.

Există numeroase tehnici de inducţie hipnotică utilizate de către specialişti. Astfel, i se poate cere subiectului să se relaxeze cu ochii închişi, să fixeze un obiect strălucitor sau un punct fix, în timp ce terapeutul administrează sugestii de relaxare, să se concentreze asupra unei imagini mentale, asupra unei idei, asupra unei zone a corpului, asupra respiraţiei; de asemenea, i se poate sugera efectuarea unor mişcări monotone, automate sau concentrarea asupra unor scenarii imaginare.

Administrarea unor sugestii de relaxare este comună aproape tuturor tehnicilor de inducţie hipnotică, deşi există şi unele tehnici în cadrul cărora se sugerează activismul şi încordarea musculară (Banyai şi Hilgard, 1976; Gibbson, 1974; 1976; Kirsch, Mobayed, Council şi Kenny, 1992).

Prezentăm, în cele ce urmează, o tehnică de inducţie hipnotică bazată pe relaxare (adaptată după Rhue; Lynn; Kirsch, 1993, p. 12-14).

Autorii presupun că subiectului i s-a explicat natura hipnozei, că s-a declarat de acord să fie hipnotizat şi că şedinţa respectivă reprezintă prima sa experienţă de acest gen.

„Aşezaţi-vă confortabil pe fotoliu, închideţi ochii şi relaxaţi-vă. Inspiraţi şi expiraţi liniştit şi observaţi că o dată cu fiecare expiraţie vă relaxaţi tot mai mult, din ce în ce mai mult. Veţi continua să vă relaxaţi în timp ce vă vorbesc. Inspiraţi şi expiraţi şi, o dată cu fiecare expiraţie, vă relaxaţi tot mai mult, tot mai mult... În curînd veţi intra în hipnoză şi vă veţi întreba, probabil, ce fel de experienţă va fi aceasta. Vă asigur că, indiferent de gradul de profunzime a hipnozei, vă veţi păstra autocontrolul. Eu o să vă administrez unele sugestii, dar depinde de dumneavoastră dacă doriţi să le urmaţi sau nu.

Dacă nu sînteţi de acord cu vreo sugestie, sînteţi liber s-o ignoraţi, iar dacă vreo sugestie vă convine, o să vă vină foarte uşor să trăiţi experienţa respectivă. Alegerea vă aparţine... Vă simţiţi în deplină siguranţă pe măsură ce vă relaxaţi tot mai mult, înainte de a intra în hipnoză.

În timp ce eu continuu să vorbesc, vă relaxaţi tot mai mult, tot mai mult, dar, indiferent cît de profund relaxat sînteţi, veţi auzi vocea mea şi veţi putea răspunde la sugestiile pe care o să vi le dau.

Dacă simţiţi vreun disconfort fizic, puteţi să vă schimbaţi poziţia, fără ca aceasta să vă determine să ieşiţi din hipnoză, iar dacă simţiţi nevoia să vorbiţi o veţi putea face de asemenea, fără a întrerupe şedinţa.

Vă relaxaţi tot mai mult, şi mai mult... Curînd veţi simţi uşoare înţepături în vîrful degetelor de la mîini şi de la picioare... este o senzaţie plăcută, foarte plăcută. Cînd simţiţi acele înţepături veţi şti că intraţi în hipnoză. Relaxaţi cît mai profund corpul. Vă simţiţi tot mai mult cuprinşi de o stare de calm, linişte, destindere, pace interioară... Nimic nu vă tulbură liniştea... vă simţiţi tot mai relaxaţi, tot mai calmi... tot mai profund relaxaţi...

Alunecaţi tot mai mult în hipnoză şi veţi fi capabil să trăiţi acele experienţe pe care doriţi să le trăiţi... doar acele experienţe pe care doriţi să le trăiţi. Acum concentraţi-vă atenţia asupra degetului mare de la piciorul drept, apoi asupra degetului mare de la piciorul stîng. Lăsaţi degetul mare al piciorului drept să se relaxeze tot mai mult... şi degetul mare al piciorului stîng se relaxează tot mai mult. Relaxaţi degetele piciorului drept, apoi ale piciorului stîng. Relaxarea cuprinde apoi labele picioarelor... labele picioarelor se relaxează tot mai mult... Vă simţiţi calm şi relaxat... Relaxaţi apoi gambele, genunchii, coapsele... Picioarele se relaxează tot mai mult... şi mai mult... Relaxaţi bazinul, zona abdominală... Bazinul se relaxează tot mai mult, tot mai mult... zona abdominală este tot mai relaxată... şi mai relaxată...

Lăsați relaxarea să vă cuprindă zona toracelui. Toracele se relaxează... se relaxează tot mai mult... o senzație de liniște și pace vă cuprinde tot mai mult. Vă simțiți liniștit, destins... în deplină siguranță... Trupul și mintea sînt tot mai relaxate... Relaxați acum spatele și umerii. Spatele și umerii sînt tot mai relaxați, tot mai relaxați... Lăsați relaxarea să cuprindă brațele... Brațele sînt tot mai relaxate... tot mai relaxate... Relaxarea cuprinde brațele și coboară pînă la vîrful degetelor... Concentrați-vă atenția asupra senzațiilor din brațe, palme, degete. Simțiți că degetele sînt mai mult grele decît ușoare sau mai mult ușoare decît grele?

Concentrați-vă atenția asupra brațului drept, asupra palmei drepte, asupra degetelor mîinii drepte... Brațul și mîna dreaptă sînt tot mai relaxate... tot mai relaxate... complet relaxate... Acum vă concentrați asupra brațului stîng, asupra mîinii stîngi, asupra degetelor... Brațul și mîna stîngă sînt tot mai relaxate... Mă întreb dacă vă puteți relaxa și mai mult, tot mai mult... alunecînd într-o stare de relaxare tot mai adîncă, tot mai profundă, atît de profundă cît doriți să fie starea de relaxare... Coborîți în starea de relaxare atît de mult cît doriți... atingeți acea profunzime a relaxării pe care vreți s-o atingeți.

Relaxați acum musculatura gîtului și cefei... gîtul și ceafa se relaxează tot mai mult, tot mai mult... Relaxați maxilarele... relaxați musculatura feței, frunții... relaxați ochii... ochii se relaxează tot mai mult... tot mai mult... Pleoapele devin tot mai grele... tot mai grele... grele ca de plumb... ochii sînt complet relaxați... Sînteți tot mai relaxat, mai liniștit, mai calm... tot mai relaxat... tot mai relaxat... Vă imaginați că vă aflați într-un loc plăcut, liniștit... cum ar fi o plajă pustie, liniștită. Este o zi senină de vară... stați întins pe plajă și priviți norii pufoși și albi care alunecă lin pe cer. Simțiți briza mării... mirosul plăcut al apei sărate... Puteți să vă imaginați însă orice altceva... Poate fi un loc unde ați mai fost sau un loc unde ați dori să vă aflați. Important este să vă simțiți liniștit, calm, în

siguranță, mulțumit. Vă imaginați că vă aflați în locul pe care l-ați ales, văzînd cu ochii minții acele lucruri pe care le-ați distinge dacă ați fi cu adevărat acolo... trăind acele senzații, auzind acele sunete, mirosind acele arome pe care le-ați simți dacă ați fi cu adevărat acolo... Sînteți perfect liniștit și cu adevărat acolo... Sînteți perfect liniștit și relaxat și, în timp ce vă relaxați, eu voi număra de la unu la zece și, cu fiecare număr, vă veți adînci tot mai mult în hipnoză... veți fi tot mai capabil să trăiți acele stări pe care doriți să le trăiți. **Unu**, relaxați-vă tot mai mult... și mai mult... tot mai adînc, **doi**, tot mai relaxat, tot mai destins, **trei**, **patru**... relaxare profundă, **cinci**, **șase**, **șapte**, relaxare adîncă, tot mai adîncă, relaxare profundă... sînteți atît de profund relaxat încît puteți trăi acele stări pe care doriți să le trăiți... **opt**, **nouă**, **zece**... profund relaxat, profund relaxat... destins, în armonie cu propria persoană."

Tehnica fixării privirii

Reprezintă una dintre cele mai răspîndite tehnici de inducție hipnotică, în literatura de specialitate putînd fi întîlnite numeroase variante ale acestei tehnici.

Prezentăm, în cele ce urmează, inducția hipnotică din cadrul scalei de hipnotizabilitate Harvard, elaborată de Shor și Orne.

Tehnica se aplică în grup, dar poate fi utilizată și individual, cu anumite modificări pe care le introduce hipnoterapeutul în funcție de modul în care reacționează subiectul.

„Stați acum comod cu mîinile relaxate pe genunchi sau în poală. E bine așa. Veți ține în mîna dreaptă un cartonaș pe care este fixat un obiect lucios. Concentrați-vă privirea asupra acestuia.

Concentrați-vă toată atenția asupra obiectului lucios.

O să vă dau unele instrucțiuni care vă vor ajuta să vă relaxați și să intrați treptat în starea de relaxare profundă.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Relaxați-vă și stați cît mai comod. Uitați-vă acum atent la acest obiect și urmăriți ceea ce vă comunic. Fixați cu privirea obiectul lucios.

E bine să știți dinainte că posibilitatea de a intra într-o stare de relaxare profundă depinde atît de dorința dumneavoastră de a colabora, cît și de capacitatea dumneavoastră de a vă concentra asupra obiectului dat și asupra cuvintelor mele.

Puteți să vă relaxați numai dacă vreți. Presupun că vreți și că veți face tot ce puteți concentrîndu-vă asupra obiectului și ascultînd cuvintele mele. Lăsați să se întîmple tot ceea ce simțiți că trebuie să se întîmple. Dacă veți fi foarte atenți la spusele mele și vă veți gîndi la ceea ce vă cer să gîndiți, puteți trăi relativ ușor o stare de relaxare profundă.

Relaxați-vă! Nu fiți încordați. Mențineți privirea ațintită asupra obiectului lucios. Priviți acest obiect cît puteți de insistent.

Dacă ochii dumneavoastră se abat de la el, nu vă necăjiți. Continuați să reveniți de fiecare dată la acest obiect. După un timp, veți constata că obiectul lucios devine mai neclar sau poate că se mișcă sau își schimbă culoarea. Acest lucru este normal.

Dacă vi se face somn, este de asemenea bine. Orice se întîmplă, lăsați să se întîmple și continuați să priviți obiectul. Va veni un moment, totuși, cînd ochii dumneavoastră vor fi atît de obosiți, îi veți simți atît de grei încît nu veți mai fi în stare să priviți cu ochii deschiși și-i veți închide probabil fără să vreți. Cînd se va întîmpla aceasta, nu vă opuneți.

În timp ce eu voi continua să vorbesc, veți constata că vă cuprinde o toropeală din ce în ce mai plăcută. Bineînțeles, însă, că nu toți oamenii răspund în aceeași măsură la spusele mele. Ochii unora se vor închide înainte de a se închide ochii altora. Dacă a sosit momentul în care trebuie să închideți ochii, închideți-i.

Voi continua însă să dau sugestii privitoare la închiderea ochilor. Aceste sugestii pe care vi le adresez n-or să vă supere.

Ele se adresează celorlalți, care încă mai au ochii deschiși. Aceste sugestii pe care le adresez celorlalți nu vă vor deranja. Dimpotrivă, ele vă vor permite să vă relaxați mai mult.

Veți constata că puteți să vă destindeți, să vă relaxați în întregime dar, în același timp, veți sta comod pe scaunul dvs.

Aveți posibilitatea să vă modificați poziția, să vă instalați cît mai comod fără ca aceasta să vă deranjeze într-un fel. Acum puteți să vă relaxați complet. Relaxați fiecare mușchi al corpului. Relaxați mușchii picioarelor, ai brațelor, ai mîinilor, ai degetelor. Relaxați mușchii cefei, mușchii pieptului.

Nu încordați nici un mușchi. Lăsați corpul moale. Relaxați-vă tot mai mult și mai mult. Relaxați-vă, destindeți-vă complet.

În timp ce vă relaxați tot mai mult, o senzație de greutate cuprinde întregul corp. Simțiți în brațe și în picioare o senzație de greutate plăcută. Simțiți moleșeală și o destindere plăcută în tot corpul. Simțiți brațele grele, tot mai grele, picioarele grele, din ce în ce mai grele. Corpul devine din ce în ce mai moale și mai greu, ca plumbul. Simțiți îndeosebi pleoapele grele, grele și obosite. Începeți să simțiți toropeală, toropeală și destindere.

Respirația este foarte lentă și egală, lentă și egală.

Simțiți tot mai evident toropeala și relaxarea, toropeala și relaxarea... Pleoapele devin tot mai grele, tot mai obosite și mai grele.

Din pricina privirii fixe ochii v-au obosit. Pleoapele sînt tot mai grele. În curînd nu veți mai putea ține ochii deschiși. Ochii sînt obosiți. Ei s-au umezit din cauza privirii concentrate. Sînteți tot mai obosiți, mai toropiți și mai relaxați. Tensiunea din ochii dumneavoastră se accentuează tot mai mult, tot mai mult. Este atît de plăcut să închideți ochii, să vă relaxați, să vă destindeți complet. Simțiți nevoia să închideți ochii și să vă relaxați. În curînd nu veți mai putea ține ochii deschiși. Tensiunea va fi așa de mare, pleoapele atît de grele încît ochii se vor închide de la sine, de la sine.

Pleoapele dumneavoastră devin grele, foarte grele. Sînteți relaxați, foarte relaxați. Simțiți o căldură și o greutate plăcută în tot corpul. Sînteți obosiți și toropiți. Obosiți și relaxați, foarte relaxați. Ascultați numai vocea mea. Nu acordați atenție decît vocii mele. Ochii încep să vă usture. Aveți dificultăți chiar să vedeți obiectul. Faceți eforturi tot mai mari ca să priviți obiectul.

Pleoapele sînt grele, grele ca plumbul. Ele devin tot mai grele, și mai grele, mai grele.

Pleoapele par de plumb, sînt grele ca plumbul. Clipiți, clipiți din ochi, închideți ochii.

Ochii dumneavoastră s-au închis acum și dacă nu, ei se vor închide îndată de la sine. Nu are sens să vă încordați mai departe.

Chiar dacă ochii nu s-au închis pe deplin, v-ați concentrat suficient asupra obiectului și prin aceasta ați ajuns să fiți moleșiți și toropiți. Acum puteți, deci, închide ochii.

Închideți complet ochii, închideți ochii.

Acum sînteți relaxați, dar trebuie să adînciți din ce în ce mai mult această relaxare. Acum ochii sînt închiși. Vă simțiți toropiți și relaxați. Ascultați cu atenție ce vă voi spune în continuare. Orientați-vă gîndurile asupra ceea ce vă spun.

Sînteți tot mai relaxați, mai destinși, tot mai relaxați.

În curînd veți fi cuprinși de o relaxare foarte adîncă, dar veți continua să mă auziți. Nu vă veți reveni pînă cînd nu o să vă spun eu. Voi începe să număr. La fiecare număr, starea de relaxare se va adînci tot mai mult. Veți trăi o stare de relaxare profundă, plăcută, odihnitoare. O relaxare în care veți fi capabili să realizați diferite lucruri pe care le voi comunica eu. **Unu** – sînteți pe punctul de a vă lăsa cuprinși de o toropeală plăcută. **Doi** – sînteți cuprinși de o toropeală plăcută, de o relaxare profundă. **Trei-patru** – sînteți tot mai relaxați, **cinci-șase-șapte** – vă cufundați într-o relaxare adîncă. Nimic nu vă tulbură. Urmăriți doar vocea mea și numai acele lucruri asupra cărora vă atrag atenția. Doresc să fiți atenți numai la vocea mea și la

ceea ce vă comunic; **opt-nouă-zece-unsprezece-doisprezece** – vă relaxați tot mai adînc, tot mai profund; **treisprezece-paisprezece-cinsprezece** – deşi sînteți cuprins de toropeală, mă auziți foarte clar.

O să mă auziți tot timpul, indiferent cît de profundă este relaxarea; **şaisprezece-şaptesprezece-optsprezece** – relaxare adîncă şi liniştitoare.

Veți trăi diferite situații pe care vi le voi indica eu; **nouăsprezece-douăzeci** – relaxare foarte adîncă. N-o să vă reveniți pînă cînd n-o să vă spun să reveniți."

Adîncirea transei

În unele situații, hipnoterapeutul simte nevoia să adînceas-că transa pacientului său. Aceasta se întîmplă în cazul în care pacientul reacționează insuficient la sugestii, hipnoza este indusă pentru a obține anestezia sau cînd se încearcă sondarea unor aspecte psihice inconştiente, ca în cazul hipnoanalizei.

Tehnicile de adîncire a transei şi cele de inducție hipnotică sînt foarte asemănătoare, singura deosebire dintre ele constînd în momentul în care se aplică. Iată un model de instructaj de adîncire a transei.

„Acum aş dori să vă relaxați tot mai profund şi mai pro-fund, să intrați într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai profundă, atît de profundă încît veți putea trăi acele stări pe care doriți să le trăiți. Acum voi număra de la douăzeci la treizeci şi vă veți imagina cum coborîți treaptă cu treaptă spre o stare de relaxare tot mai adîncă, tot mai profundă, tot mai profundă. **douăzeci, douăzeci şi unu**, vă relaxați tot mai mult şi mai mult, coborîți o treaptă şi încă o treaptă spre o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adîncă, **douăzeci şi doi, douăzeci şi trei, douăzeci şi patru**, mai coborîți o treaptă şi încă o treaptă, spre o stare de relaxare adîncă, plăcută, odih-nitoare, **douăzeci şi cinci, douăzeci şi şase, douăzeci şi şapte**,

vă relaxați tot mai mult, tot mai adînc, **douăzeci și opt, douăzeci și nouă, treizeci**, pe măsură ce mai coborîți o treaptă și încă o treaptă atingeți starea de relaxare adîncă, profundă, odihnitoare, în care veți putea să trăiți acele stări pe care doriți să le trăiți".

Procesarea psihoterapeutică

O dată transa indusă și adîncită, se trece la procesarea psihoterapeutică. Aceasta implică:

1) Administrarea de sugestii directe

Printre sugestiile directe se numără acelea de întărire a eului („zi după zi devii tot mai puternic, tot mai echilibrat, tot mai săpîn pe sine, cu tot mai multă încredere în forțele proprii" etc.), sugestii centrate pe înlăturarea simptomului („teama de a merge singură pe stradă dispare complet și pentru totdeauna") și sugestii post-hipnotice al căror efect se va vedea atunci cînd subiectul a ieșit din hipnoză și este în stare de veghe („atunci cînd vei intra în cabinetul stomatologului, te vei simți calm și relaxat").

Specialiștii în psihoterapie cognitiv-comportamentală au evidențiat și faptul că afirmațiile pozitive menite să înlocuiască gîndurile negative disfuncționale pot fi transformate în sugestii hipnotice și post-hipnotice, fapt ce le sporește eficiența și scurtează durata psihoterapiei.

2) Tehnica imaginației dirijate în stare de hipnoză

Subiectul aflat în transă hipnotică își poate imagina că se confruntă cu o situație anxiogenă (ca în cazul agorafobiei, de pildă), că se pregătește pentru interviul de ocupare a unui post sau că înregistrează o performanță deosebită, ca în cazul antrenamentului mental realizat de unii sportivi de performanță.

Tehnica desensibilizării sistematice, aplicată de obicei în stare de relaxare, este și mai eficientă atunci cînd subiectul se află în transă hipnotică.

Terminarea transei

În cazul în care subiectul nu se află într-o stare de hipnoză prea profundă, i se poate spune direct: „revino, trezeşte-te".

Cel mai adesea însă se utilizează tehnica numărării, terapeutul adoptînd, de această dată, un ton ceva mai ferm:

„Voi începe să număr de la zece la unu şi cu fiecare număr vei reveni tot mai mult la starea obişnuită. Atunci cînd voi ajunge cu numărătoarea la unu, îţi vei reveni complet. Încep să număr acum: **zece, nouă, opt,** braţele mai sînt grele, picioarele nu mai sînt grele, revii tot mai mult, **şapte, şase,** revii, revii tot mai mult, **cinci, patru, trei,** revii, revii la starea obişnuită.

Cînd voi ajunge cu numărătoarea la **unu,** te vei simţi vioi şi plin de energie, te vei simţi mult mai bine decît la început, **doi, unu.** Revino! Deschide ochii şi revino complet".

La sfîrşitul şedinţei de hipnoză, este necesar ca subiectul să fie întrebat cum se simte. Efectele negative ale hipnozei sînt mult mai puţin frecvente decît s-ar crede, dar pot să apară totuşi, sub forma unor ameţeli, dureri de cap sau senzaţii de greaţă. Deşi nu există nici o dovadă că aceste efecte sînt produse de hipnoză, ele trebuie să se afle în atenţia psihoterapeutului.

Tehnica cea mai frecvent utilizată pentru înlăturarea acestora constă în rehipnotizarea subiectului şi administrarea unor sugestii directe de dispariţie a simptomelor respective.

Hipnoterapeuţii începători se tem foarte mult că nu vor putea să-şi trezească subiectul din starea de transă. Această teamă nu mai este împărtăşită în ziua de azi de către terapeuţii cu experienţă, deşi mass-media sau literatura de senzaţie continuă să vehiculeze ideea că starea modificată de conştiinţă produsă în urma inducţiei hipnotice este similară cu relaxarea sau meditaţia şi a ne întreba de ce subiectul nostru nu doreşte să iasă din hipnoză înseamnă acelaşi lucru cu a ne întreba de

ce el nu vrea să-şi încheie meditaţia sau relaxarea (Rhue, Lynn şi Kirsch, 1993, p. 18). Dacă se constată că subiectul doreşte să-şi prelungească starea, terapeutul trebuie să accepte acest lucru, starea de transă transformîndu-se într-un somn natural.

Se întîmplă totuşi ca unii subiecţi să aibă dificultăţi de revenire, situaţie foarte rar întîlnită, mai ales cînd relaţia terapeut-client este bună. În cazul în care apar, aceste dificultăţi de revenire ne indică faptul că subiectul se simte bine în hipnoză şi nu doreşte să iasă din starea respectivă, sau că acesta îl provoacă pe terapeut, căutînd să-i verifice capacitatea de a-l controla.

În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să întrebe subiectul aflat în hipnoză de ce nu doreşte să se trezească, răspunsul acestuia urmînd să-i sugereze terapeutului ce are de făcut.

Dacă şi această metodă dă greş, terapeutul va spune pacientului că va ieşi din hipnoză atunci cînd va fi pregătit s-o facă, atrăgîndu-i însă atenţia că i se va percepe o taxă pentru timpul petrecut în cabinetul de psihoterapie.

Hipnoza este utilizată în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale pentru a spori eficienţa intervenţiilor terapeutului.

Aşa cum am mai subliniat, elementul cheie al terapiei cognitiv-comportamentale îl reprezintă restructurarea cognitivă, care presupune identificarea şi modificarea stilului de gîndire disfuncţional ce generează tulburările emoţionale.

O dată identificate gîndurile negative, veridicitatea lor este testată prin intermediul întrebărilor de tip socratic, iar în momentul în care pacientul ajunge la concluzia că un gînd sau o convingere negativă n-au nici o bază reală, acestea vor fi înlocuite cu afirmaţii alternative, mai realiste.

În acest moment poate fi utilizată hipnoza. Astfel, noile gînduri şi convingeri alternative sînt prezentate sub forma unor sugestii hipnotice şi post-hipnotice, fapt ce facilitează încorporarea lor mai rapidă şi mai facilă în sistemul cognitiv al pacientului.

În absența hipnozei, unii subiecți se pot simți plictisiți sau ridicoli repetîndu-și permanent niște formule sugestive, chiar dacă au fost de acord cu conținutul acestora. Hipnoza este cea care creează un context de tip special, în cadrul căruia pacientul se simte în largul său repetînd noile cogniții.

Mai mult, unii subiecți, mai ales dintre cei care suferă tulburări anxioase sau depresive, afirmă că ei continuă să ruminеze (să repete la nesfîrșit) gînduri negative, deși sînt convinși de faptul că acestea nu sînt adevărate, ei susținînd că, deși „mintea" le spune un anumit lucru, „inima" le șoptește altceva. Astfel, un pacient care suferă de atacuri de panică știe, la nivel rațional, că acestea nu sînt periculoase, dar nu se poate opri să nu nutrească gîndul irațional că va face un atac de cord.

Kirsch (1993) subliniază faptul că hipnoza reprezintă tehnica cea mai potrivită pentru a ajuta „mintea" să convingă „inima" de un lucru de care „mintea este deja convinsă". Acest lucru este posibil pentru că, în urma inducției hipnotice, sugestibilitatea subiectului crește considerabil, iar terapeutul poate transmite mesaje mult mai persuasive, mai empatice și cu caracter repetitiv, ceea ce le sporește eficiența, ca în exemplul următor (Kirsch, 1993, p. 164):

„Chiar dacă îți vine în minte gîndul că teama ta poate reprezenta începutul unui atac de cord, ești convins că acest lucru nu se va petrece. Teama ta constituie doar o reacție normală la stres, o reacție normală lipsită de orice pericol. Atunci cînd îți trece prin minte gîndul că stările tale ar putea fi primejdioase, îți vei spune în gînd: «Știu că este vorba doar de anxietatea mea... că aceasta nu-mi poate face rău... nu-mi poate face rău... nu-mi poate face rău. Tot ce trebuie să fac este să-mi calmez respirația și să mă relaxez, să-mi calmez respirația și să mă relaxez... calm și relaxare... calm și relaxare...»

Ori de cîte ori te vei simți anxios, speriat, îți vei spune în gînd că este vorba doar de anxietate, că nu ți se poate întîmpla nimic rău, că vei fi în deplină siguranță. O să-ți amintești de

faptul că trebuie să te relaxezi şi să respiri calm şi liniştit... să te relaxezi şi să respiri calm şi liniştit. Chiar dacă îţi va mai trece prin minte un gînd care te sperie, vei şti că este doar un gînd şi că nu are nici o bază reală. Atacul anxios poate să te sperie, dar nu este periculos... nu vei face un atac de cord, nu vei înnebuni... nu vei face un atac de cord şi nu vei înnebuni. Vei repeta gîndurile pozitive alternative în timp ce te relaxezi acasă şi pe măsură ce realizezi acest lucru, gîndurile negative mai vechi îţi vor apărea în minte tot mai puţin, tot mai rar... tot mai puţin... tot mai rar şi vei fi convins în străfundul sufletului tău că acele gînduri nu au nici o bază reală."

Trebuie subliniat faptul că astfel de sugestii se administrează numai după ce gîndurile şi convingerile negative au fost evaluate, s-a lucrat asupra lor, iar clientul este convins, sub aspect intelectual, că aceste gînduri n-au nici un sîmbure de adevăr.

Hipnoza nu reprezintă o metodă de a-l convinge pe subiect de faptul că gîndurile sale negative n-au nici o bază reală, ci de a-i spori încrederea în sistemele alternative de gîndire, care, o dată întărite, vor submina forţa vechilor gînduri disfuncţionale. Tot datorită hipnozei, gîndurile alternative se vor declanşa mai uşor, în mod automat.

În concluzie, se poate afirma faptul că hipnoza reprezintă o metodă deosebit de utilă, pentru că potenţează în mod semnificativ efectele terapiei cognitiv-comportamentale.

Capitolul 6

AUTOPROGRAMAREA MENTALĂ ŞI COMPORTAMENTUL EFICIENT

În jurul anilor 1977, în Statele Unite s-a dezvoltat o tehnică de autoperfecţionare psiho-somatică, numită „programare neurolingvistică" sau N.L.P.

Antrenamentul bazat pe programarea neurolingvistică are menirea de a-i învăţa pe subiecţi, pacienţi sau oameni sănătoşi, să-şi modifice în mod deliberat trăirile afective şi să-şi optimizeze comportamentul.

Sistemul N.L.P. a fost elaborat de către Richard Bandler şi John Grinder (1977). Ulterior, metoda s-a extins foarte mult, la dezvoltarea ei aducîndu-şi contribuţia şi alţi autori, printre care se disting Leslie Cameron Bandler, Iudith Dehozie, Robert Dieltz, David Gordon şi Geoff Graham.

Programarea neurolingvistică este o tehnică psiho-terapeutică şi autoformativă de modificare a comportamentului, ale cărei principii se bazează pe cunoştinţe din domeniile programării, teoriei informaţiei şi teoriei comunicării, fără neglijarea cunoştinţelor de psihologie clinică şi psihoterapie.

Tehnica N.L.P. are la bază ceea ce autorii numesc modalităţi sau submodalităţi senzoriale, care nu sînt altceva decît sisteme bazate pe reprezentări.

Există trei modalităţi senzoriale principale: vizuală, auditivă şi kinestezică, în cadrul acestora funcţionînd mai multe submodalităţi care nu sînt altceva decît forme prin intermediul

cărora creierul uman precizează informațiile. Esența metodei constă în a-l învăța pe subiect să acționeze voluntar asupra acestor sisteme de procesare psihică.

S-a reproșat programării neurolingvistice că este un sistem prea tehnicist, potrivit pentru modificarea unor deprinderi simple sau pentru înlăturarea unor fobii, fără a fi capabil să rezolve probleme psihologice mai complicate, cum ar fi complexele și conflictele de natură interioară ale personalității.

Cu toate acestea, sistemul s-a dovedit a fi util în rezolvarea multor cazuri de tulburări nevrotice, de comportamente indezirabile sau de optimizare a comportamentului (la sportivi, cosmonauți, artiști sau pentru perfecționarea învățării etc.).

În cadrul programării neurolingvistice sînt prezentate tehnici simple de autoreglare și autoconducere a creierului și a stărilor psihice, avînd ca obiectiv modificarea voluntară a acelor experiențe psihice de care nu sîntem mulțumiți.

Principiile fiind foarte simple, ele pot fi aplicate de către orice persoană și, mai mult decît atît, fiecare poate adăuga cîte o mică inovație la aceste tehnici.

Deși majoritatea autorilor consideră N.L.P.-ul un fel de psihoterapie scurtă, Bandler susține că este vorba mai curînd de un sistem pedagogic, educațional, care își propune să-i învețe pe oameni cum să-și folosească propriul creier.

Autorul sus-menționat consideră că majoritatea oamenilor nu-și utilizează în mod activ și deliberat creierul și, respectiv, sistemul psihic. Psihicul poate fi comparat cu o mașină fără buton de scoatere din starea de funcționare. Dacă nu-i dăm ceva de lucru, ea continuă să funcționeze parcă împotriva voinței noastre, ca și cum ar măcina în gol. Astfel, dacă punem pe cineva în condiții de deprivare senzorială (unde nu există stimulare senzorială externă), creierul său va începe să genereze experiențe interne (halucinații, idei delirante etc.).

Dacă creierul nostru nu este solicitat în mod special, el va lucra oricum, dar la întîmplare, uneori în detrimentul nostru.

Dacă aţi avut o zi proastă, psihicul (creierul) dumneavoastră va manifesta tendinţa spontană de a readuce mereu în cîmpul conştiinţei experienţele negative trăite în cursul zilei. Nu este deci suficient că aţi avut o zi proastă, vă puteţi strica şi seara, eventual şi zilele următoare. Mulţi oameni merg mai departe, manifestînd tendinţa de a-şi reaminti la nesfîrşit lucruri neplăcute care li s-au întîmplat cu mulţi ani în urmă. Cum au o jumătate de oră liberă, se gîndesc imediat la ceva trist şi deprimant. E uşor să ne stricăm dispoziţia retrăind o experienţă neplăcută de acum trei ani.

Bandler intenţionează să ne înveţe cum ne putem modifica voluntar trăirile interioare şi cum putem controla ceea ce se întîmplă în psihicul nostru.

El subliniază că majoritatea oamenilor sînt prizonierii propriului psihic, ca şi cum ei ar fi pironiţi pe scaunul unui autobuz pe care îl conduce altcineva.

Sistemul N.L.P. îşi propune să ne înveţe să conducem propriul autobuz care, în caz contrar, merge cum şi pe unde vrea el, adică la întîmplare. Se pot găsi şi alte persoane să ne conducă, dar nu totdeauna acestea o fac realmente în avantajul nostru.

Adeseori, oamenii îşi petrec mult timp pentru a se autoperturba, imaginîndu-şi nenorociri şi evenimente negative viitoare sau sînt foarte uşor decepţionaţi de un eveniment pentru că şi-au creat nişte imagini mentale anticipative eronate. De pildă, ne imaginăm cum va fi concediul viitor şi este uşor de presupus că vacanţa reală ne va dezamăgi.

Asemenea lucruri se petrec dacă lăsăm creierul nostru să funcţioneze la întîmplare. N.L.P. ne ajută să ne programăm corect activitatea psihică pentru a obţine sănătate şi eficienţă.

Cînd a apărut prima dată sistemul N.L.P., s-a crezut că programarea şi autoprogramarea psihică îi va face pe oameni mai puţin umani, un fel de automate. Fusese avansată ideea că modificarea deliberată a trăirilor psihice ale unui individ îi

va ştirbi ceva din personalitate. Cu toate acestea, mulţi dintre noi doresc să se schimbe, utilizînd medicamente sau cosmetice. Este greu de înţeles, aşadar, de ce modificarea psihicului unei persoane, în sensul de a-l face mai fericit şi mai eficient, ar dezumaniza-o. Mulţi dintre noi ne pricepem foarte bine să-i facem pe cei din jurul nostru (soţi, părinţi, copii, prieteni, subalterni) să se simtă nefericiţi, doar fiind noi „înşine". Atunci de ce să fim „noi înşine", în loc să încercăm să devenim o personalitate cu adevărat valoroasă?

Fiinţa umană are o capacitate cu adevărat uimitoare de a învăţa. Partea bună a acestui lucru este că noi ne putem însuşi rapid şi eficient o serie de lucruri. Partea negativă constă în aceea că învăţăm tot atît de uşor lucruri bune ca şi lucruri rele. De pildă, în cazul unei fobii, este de-a dreptul extraordinar cum ne reamintim de fiecare dată, cu promptitudine, că trebuie să ne speriem ori de cîte ori vedem un şarpe.

Ceea ce se cuvine să ştim însă este modalitatea de dirijare a procesului de învăţare, într-o manieră corectă şi eficientă. Aceasta s-ar realiza, după opinia lui Bandler, prin aplicarea adecvată a principiului condiţionării. Se poate observa cu uşurinţă că e vorba de o orientare de tip comportamentalist în psihoterapie. Bandler arată că, atunci cînd a aprofundat studiul psihologiei, a găsit numeroase informaţii despre modul în care oamenii se destructurează patologic, şi mult mai puţine despre ceea ce înseamnă să fii o personalitate integrată, autorealizată, structurată.

Observînd cu atenţie modul cum funcţionează oamenii şi calculatoarele, autorul ajunge la concluzia că oamenii funcţionează de fapt perfect, chiar dacă acest lucru nu le este lor sau altora pe plac. Ei execută fără greş ceea ce s-a programat în creier. Deci, *tulburările psihice sau comportamentale sînt, după opinia sa, deficienţe de programare mentală.*

Tehnici de autoprogramare psihică

Bandler (1977) ne propune un mic experiment:

„Gîndiți-vă la o experiență plăcută din trecut. Închideți ochii și încercați să vă reamintiți acea experiență. Avînd imaginea respectivă pe ecranul mental, încercați să modificați voluntar strălucirea imaginii și să observați cum se modifică în consecință și stările afective. La început faceți-o tot mai strălucitoare. Apoi întunecați-o pînă cînd devine abia perceptibilă, pentru ca ulterior s-o faceți din nou strălucitoare."

Ce modificări se produc asupra trăirilor afective corespunzătoare? Desigur, există excepții, dar majoritatea oamenilor vor trăi sentimente mai puternice atunci cînd imaginea va fi mai strălucitoare. De regulă, amplificarea forței și strălucirii (luminozității) reprezentării va determina și intensificarea sentimentelor care o însoțesc, și invers. Cîți dintre noi s-au gîndit vreodată la posibilitatea de a modifica intenționat luminozitatea reprezentărilor, pentru a obține trăiri afective definite. Majoritatea oamenilor lasă psihicul să creeze reprezentări la întîmplare, simțindu-se rău sau bine, în funcție de respectiva imagine produsă.

• Gîndiți-vă acum la o amintire neplăcută, ceva care vă induce o stare psihică proastă. Faceți apoi în așa fel ca imaginea mentală să devină tot mai estompată, și veți constata că ea nu vă mai tulbură în aceeași măsură. Puteți astfel să reduceți consumul de tranchilizante. Autorul a învățat această tehnică de la persoane care o practică în mod empiric. Astfel, o pacientă i-a spus că ea este în permanență bine dispusă. Întrebată cum procedează pentru a realiza acest lucru, ea a răspuns: „cînd îmi vin gînduri neplăcute în minte, sting luminozitatea «imaginii mentale»". Strălucirea, luminozitatea este numai una din submodalitățile modalității vizuale de a acționa asupra psihi-culu.

Trebuie subliniat faptul că, dacă mărim prea mult strălucirea unei reprezentări, pînă cînd detaliile se estompează și

imaginea devine aproape albă, aceasta va produce efectul invers, respectiv reducerea trăirilor afective corespunzătoare.

Există unii oameni (puțini la număr) pentru care relația e inversă, respectiv creșterea luminozității imaginii produce o scădere a intensității sentimentelor. Din acest motiv, fiecare individ trebuie să-și cunoască propriul sistem de a reacționa la stimulii exteriori.

Uneori, excepțiile sînt legate de context; dacă imaginea plăcută e corelată cu un apus de soare, creșterea strălucirii o face să-și piardă farmecul și starea afectivă își reduce intensitatea. Pe de altă parte, dacă ne reamintim un moment cînd ne-a fost frică de întuneric pentru că nu puteam vedea ce se întîmplă, și mărim voluntar strălucirea imaginii, vom constata că anxietatea scade.

Indiferent însă care e relația dintre trăirea afectivă și imagine, ea trebuie explorată și utilizată conștient, în avantajul subiectului.

Să examinăm acum o altă submodalitate a sistemului vizual:

• Alegeți o amintire plăcută și măriți voluntar dimensiunea imaginii. Faceți-o tot mai mare, tot mai mare, apoi din ce în ce mai mică, și observați cum se modifică trăirile afective drept răspuns. În mod obișnuit, o imagine mai mare intensifică sentimentele, în timp ce una micșorată le reduce. Și aici există excepții, mai ales în situațiile extreme. Cînd o imagine este exagerat de mare, ea poate părea nerealistă sau ridicolă. Răspunsul afectiv poate suferi o modificare de ordin calitativ, de la plăcere la rîs, de exemplu. Reducerea dimensiunilor unei imagini dezagreabile va avea drept consecință diminuarea trăirilor afective. Mărirea ei peste o anumită limită o poate face ridicolă, ceea ce ne îmbunătățește, de asemenea, starea de spirit. Încercați ambele tehnici.

De îndată ce veți descoperi cum funcționează propriul dumneavoastră sistem psihic, veți învăța să-l controlați. Astfel,

dacă cineva vă spune că vede viitorul în culori sumbre, sfătuiți-l să intensifice strălucirea imaginii.

Pentru a stăpîni mai bine autocontrolul psihic, învățați să vă „jucați" puțin cu propria minte, ca și cu un televizor. Alegeți o imagine plăcută și încercați să modificați voluntar:

- *Culoarea:* schimbați intensitatea culorilor, de la nuanțe strălucitoare pînă la o imagine alb-negru.
- *Distanța:* încercați să vedeți cu ochii minții imaginea depărtată sau, dimpotrivă, foarte apropiată.
- *Adîncimea:* încercați să modificați o reprezentare de la una plată, fotografică, bidimensională, la una tridimensională.
- *Durata:* treceți de la o reprezentare mentală rapidă la o imagine persistentă care rămîne un timp pe ecranul mental.
- *Claritatea:* căutați să modificați imaginea de la una foarte clară și distinctă la una vagă, nediferențiată.
- *Contrastul:* modificați diferențele dintre alb și negru de la contraste mari pînă la nuanțe de gri.
- *Viziunea* panoramică: treceți de la o imagine precis conturată la o reprezentare de tip panoramic, care parcă vă înconjoară.
- *Mișcarea:* treceți de la o reprezentare tip fotografie la una tip film.
- *Viteza:* amplificați și micșorați, după voință, viteza cu care se desfășoară filmul mental.
- *Raporturile dintre culori:* creșteți, de pildă, intensitatea nuanțelor de roșu și scădeți intensitatea celor de albastru și verde sau invers.
- *Transparența:* faceți imaginea transparentă, astfel încît să puteți vedea ce e în spatele ei.
- *Raporturile dintre dimensiuni*: reglați imaginea astfel încît să devină înaltă și îngustă apoi scurtă și lată.
- *Orientarea:* plasați imaginea în diverse locuri (în față, în spate, jos, sus).

- *Modificarea raporturilor* (obiect-fond): modificați voluntar relația obiect al percepției-fond (un element poate fi cînd în centrul atenției interioare, cînd parte componentă a fondului).

După ce ați practicat aceste exerciții, veți ști care din tehnici vi se potrivește, precum și intervalul de timp adecvat pentru aplicarea ei. Bandler este de părere că foarte mulți oameni practică acest gen de tehnici în mod spontan, dar din păcate în sens negativ: își reamintesc experiențele agreabile ca pe niște reprezentări depărtate, cețoase, estompate, întunecate, în timp ce experiențele negative sînt retrăite sub forma unor imagini colorate, strălucitoare, persistente. Acesta este mecanismul cel mai eficient de a provoca o stare depresivă.

De pildă, cînd doi soți se despart, adesea ei își sporesc nefericirea ignorînd toate clipele plăcute trăite împreună și reamintindu-și cu lux de amănunte ce a fost rău. Întrebat cum reușește să fie atît de deprimat, un pacient a răspuns că își imaginează că i s-a stricat mașina. Terapeutul, mirat, îi spune că acesta nu este un motiv chiar atît de serios de întristare. Pacientul îi răspunde că el își imaginează toate împrejurările în care mașina s-a defectat, ignorînd majoritatea situațiilor în care aceasta a mers perfect.

Autorul face constatarea că majoritatea persoanelor înclinate spre depresie au avut tot atîtea experiențe fericite ca oricare altele, cu deosebirea că ei nu le-au perceput ca atare, acordînd o atenție exagerată experiențelor negative. În loc să poarte ochelari cu lentile roz, ei își pun ochelari cu lentile cenușii.

Cînd un pacient afirmă că este deprimat, Bandler încearcă să afle cum face el acest lucru, pas cu pas. O dată desluşit mecanismul, el îl instruiește pe subiect cum să procedeze pentru a obține o stare inversă.

Unii oameni au un fel de „voce interioară" care, pe un ton trist și deprimat, le prezintă o listă lungă a eșecurilor și nenorocirilor proprii. În asemenea cazuri, se poate proceda în felul următor:

• Cerem întîi subiectului să facă în aşa fel încît respectiva voce interioară să fie mai puternică, pentru a înlătura efectul autohipnoză; apoi modificăm tonul, de la unul trist la unul vesel, chiar dacă vocea interioară continuă să prezinte liste de nenorociri. În cele din urmă se poate modifica şi conţinutul mesajului.

Mulţi oameni devin deprimaţi datorită unor imagini vizuale care redau aspecte negative din trecut sau datorită unor reprezentări ale unor posibile nenorociri viitoare.

• Este uşor să modificăm chiar şi stările afective provocate de anumite experienţe trecute. Gîndiţi-vă la un eveniment neplăcut din trecut şi încercaţi să-l vizualizaţi pînă cînd vă simţiţi cu adevărat nefericiţi. Reproduceţi apoi mental, în timp ce continuaţi să vă reprezentaţi imaginea negativă, o muzică veselă şi ritmată. Pentru majoritatea oamenilor, tragedia se va preschimba în comedie.

• Alegeţi o altă amintire neplăcută. Derulaţi filmul celor întîmplate pentru a constata dacă vă mai deranjează sau nu. Apoi încercaţi să derulaţi mental filmul invers, în mod corect. Vă mai simţiţi tot atît de deprimat şi după derularea inversă a filmului interior?

„Jucaţi-vă astfel cu mai multe amintiri negative şi veţi face economie de tranchilizante", ne sfătuişte Bandler.

• O altă metodă de autoprogramare psihică o reprezintă modificarea perspectivei din care privim o anumită situaţie. Încercaţi să vă reamintiţi o dispută cu cineva, cînd aţi fost sigur că aveţi dreptate şi derulaţi filmul discuţiei respective. Acum încercaţi să revedeţi filmul mental al aceluiaşi eveniment, însă de astă dată ca şi cum v-aţi privi pe dumneavoastră pledînd în favoarea unei anumite cauze de pe poziţia celuilalt. Pentru unii dintre dumneavoastră, situaţia se schimbă foarte mult. Mai sînteţi tot atît de sigur că aţi avut dreptate?

Puteţi să examinaţi o anumită discuţie şi din punctul de vedere al unui observator neutru, privindu-vă atît pe dumnea-

voastră înşivă cît şi pe celălalt partener de discuţie de la o distanţă egală.

Practic, există posibilitatea de a examina o problemă din orice punct din spaţiu: poate fi privită de sus, „din tavan", sau de undeva de jos. Subiectul poate adopta punctul de vedere al unui copil mic sau al unui vîrstnic. Acest lucru este ceva mai abstract, dar oricum îl ajută să capete suplețe în gîndire şi ceva mai multă experienţă în argumentare. De pildă, dacă cineva îşi priveşte micul necaz de la scara sistemului solar, acesta parcă scade în intensitate.

Adesea se spune în popor că, după cîţiva ani, privind în urmă, îţi va veni să rîzi de propria nenorocire. Toţi avem amintiri neplăcute care cu timpul au devenit hazlii.

Încercaţi să comparaţi o astfel de amintire dezagreabilă ce s-a transformat într-una hazlie cu o alta pe care o simţiţi realmente ca neplăcută şi încercaţi să vedeţi în ce constă diferenţa. După ce aţi stabilit deosebirea, faceţi în aşa fel ca acea amintire rămasă încă neplăcută să se identifice cu cealaltă de care deja puteţi rîde. Dacă amintirea comică este văzută ca depărtată, faceţi-o şi pe cealaltă la fel. Dacă în amintirea hazlie vă priviţi din afară, încercaţi acelaşi lucru şi cu cea dezgreabilă.

Faceţi, aşadar, efortul de a revedea evenimentul dintr-o perspectivă diferită, ca şi cum s-ar întîmpla altei persoane.

• Încercaţi să vă reamintiţi de două evenimente din trecut: unul plăcut şi unul neplăcut. Observaţi dacă aţi fost integrat sau disociat în cursul celor două amintiri. (Integrat înseamnă că retrăiţi experienţa din interior, văzînd totul cu propriii ochi, iar disociat semnifică revederea amintirii din afară, ca din avion sau ca şi cum aţi fi altă persoană.)

După ce aţi stabilit în care dintre amintiri aţi fost integrat sau disociat, încercaţi să le revedeţi în modul opus şi să observaţi cum vă schimbă acest lucru trăirea şi sentimentele care o însoţesc. Trăiţi disociat experienţa în care eraţi integrat şi invers, analizînd efectele.

Metoda disocierii este foarte utilă în însuşirea tehnicii de reducere a durerii: dacă ne observăm din afară cînd simţim o durere, aceasta tinde să diminue.

Un exerciţiu util constă în formarea deprinderii de a retrăi în mod disociat experienţele negative şi integrat cele cu caracter pozitiv. După un timp, psihicul nostru va prelua programul şi va proceda la fel, în mod automat, cu toate amintirile.

Să ne controlăm imaginaţia şi să gîndim pozitiv

Bandler arată că majoritatea oamenilor îşi folosesc imaginaţia pentru a descoperi doar acele lucruri şi evenimente care îi fac să se simtă prost. De ce să aşteptăm pînă cînd soţul are o aventură extraconjugală! Mai bine ne-o imaginăm dinainte şi îl vedem cu ochii minţii simţindu-se bine în compania altcuiva. Iată un mecanism foarte eficient pentru a deveni geloşi şi a ne face viaţa amară. Pentru că vă simţiţi foarte prost dispusă, începeţi să plîngeţi, să-i faceţi reproşuri, să-l îndepărtaţi, să-l cicăliţi şi ceea ce v-aţi imaginat se va întîmpla cu adevărat în cele din urmă.

E preferabil să construiţi imagini pozitive, în care dumneavoastră vă simţiţi bine în compania soţului.

Chestionat în privinţa timidităţii sale, un tînăr răspunde: devin timid cînd trebuie să întîlnesc o persoană nouă, pentru că întotdeauna mă gîndesc că n-o să mă placă. Tînărul a fost sfătuit să vizualizeze situaţia inversă, şi anume că persoana pe care o va întîlni va fi plăcut impresionată de prezenţa lui.

Soţul intră în sufragerie, găseşte dezordine şi se înfurie. Inevitabil, izbucneşte cearta. „De ce nu încerci să faci altceva înainte de a deveni furios?" De obicei, pacientul se miră. Singura modalitate corectă de a acţiona ar fi să facă exact ce-i trece prin minte în momentul respectiv. Tehnica de modificare

a acestui tip de comportament este reîntoarcerea la sursa care l-a generat şi reorientarea acestuia de la bază. De pildă, o pacientă se plînge de coeficientul său ridicat de agresivitate. Terapeutul o readuce la momentul cînd e tentată să dea un răspuns agresiv şi îi reorientează comportamentul: „în loc să răspunzi agresiv ospătarului care te-a servit prost, e mai bine să-l abordezi tu prima cu bunăvoinţă".

Un model comportamental frecvent întîlnit în cuplurile maritale şi care contribuie la dezbinarea cuplului este următorul: doreşti ceva de la partenerul tău, dar el nu îţi acordă gratificaţia. Te simţi prost. Apoi îi dai de înţeles că te simţi prost, în speranţa că vei primi ceea ce doreşti. Aceasta amplifică trăirea negativă. N-ar fi mai simplu să-i spui pe un ton amabil şi vesel: „nu vrei să faci asta pentru mine?"

Ar fi complet eronat să ne gîndim că pentru a ne simţi fericiţi la un moment dat, este nevoie ca o anumită persoană să se comporte într-un anume fel. („Trebuie să faci aşa cum vreau eu, altfel eu o să mă simt nefericit şi o să-ţi stric şi ţie buna dispoziţie.")

Cînd partenerul nostru nu este de faţă şi nu poate să se comporte aşa cum dorim noi, ne simţim rău. Îi reproşăm: „nu ai fost aici să mă susţii moral, aşa că acum eu o să te fac să te simţi rău; vreau să fii aici tot timpul; nu te mai duce la meci, refuză-i pe prietenii care te invită la restaurant, stai cu mine. Dacă mă iubeşti, vei face ce vreau eu, pentru că în caz contrar eu o să mă simt rău, fiindcă te iubesc!"

Dacă vi se pare că, la un moment dat partenerul dumneavoastră nu vă rezervă suficient timp, vă înrăutăţiţi deliberat starea de spirit şi, dacă vă amplificaţi mental starea psihică negativă şi asociaţi sentimentele negative cu figura partenerului, o să ajungeţi să vă simţiţi prost chiar şi atunci cînd acesta este prezent.

Dacă-i întrebăm pe oameni ce-şi doresc, de cele mai multe ori aspiraţiile lor vor viza aspecte legate de ceea ce nu au la

momentul respectiv. Ei tind să ignore ceea ce merge bine şi să observe numai laturile negative.

Majoritatea cuplurilor maritale nu se mai simt la fel de fericite ca la început, din cauza acestui fel de a gîndi. Lucrurile ar lua o întorsătură mult mai favorabilă dacă, de fiecare dată cînd ne revine în minte figura partenerului nostru, ne-am bucura de şansa de a-l fi cunoscut.

Autoprogramarea psihică şi modificarea gîndurilor nedorite

Bandler susţine că putem să modificăm cu uşurinţă convingerile negative pe care le avem în legătură cu propria persoană sau cu o anumită situaţie, practicînd un exerciţiu de programare neurolingvistică.

Din dialogul dintre terapeut şi pacient rezultă clar modul în care se poate schimba convingerea nedorită.

T. – Alegeţi-vă o convingere puternică în legătură cu propria persoană. Nu este nevoie să-mi spuneţi în ce constă. Apoi selectaţi o problemă din acelaşi domeniu, în privinţa căreia aveţi dubii. Acum spuneţi-mi prin ce anume diferă în planul reprezentărilor convingerea fermă de problema aflată sub semnul întrebării.

P. – Eu îmi reprezint convingerea sub forma unei imagini de dimensiuni mari, clare şi cu multe detalii. Problema asupra căreia am dubii se concretizează într-o imagine mai mică, mai estompată, care fluctuează. Convingerea se prezintă ca o imagine bine încadrată, cu puţin loc pentru fundal. Imaginea corespunzătoare problemei neclare are mult loc pentru fundal (decor) şi nu este încadrată.

T. – Pasul următor constă în alcătuirea unei liste cu aceste diferenţe şi identificarea celei mai puternice care să ne permită să schimbăm convingerea în îndoială.

P. – În felul acesta pare mai puțin reală, dar nu se schimbă prea mult. Diferențele dintre imaginea-convingere și imaginea-îndoială sînt următoarele:

Convingerea *(Reprezentare mentală)*	**Îndoiala** *(Reprezentare mentală)*
• mare	• mică
• strălucitoare și vie	• estompată și lipsită de strălucire
• detaliată	• confuză
• stabilă	• fluctuantă
• chiar în fața ochilor pe ecranul mental	• mai sus și la dreapta
• încadrată	• neîncadrată
• puțin fundal.	• mult fundal.

T. – Readuceți imaginea convingerii la dimensiunea ei inițială și încercați să-i eliminați încadrarea, astfel încît să vizualizați mai mult din fondul și decorul ei.

P. – Cînd procedez astfel, reprezentarea devine în mod automat mai mică și mai puțin impresionantă.

T. – Faceți-o mai estompată!

P. – Asta n-o schimbă prea mult.

T. – Faceți-o mai întunecată!

P. – În cazul acesta ea începe să fluctueze, ca și imaginea legată de problema de care mă îndoiesc.

T. – Schimbați acum poziția imaginii-convingere!

P. – Cînd îi modific poziția se schimbă automat și celelalte elemente: ea devine mai mică, mai estompată, dispare încadrarea și începe să fluctueze.

T. – Deci, poziția este submodalitatea cea mai puternică în acest caz, ducînd la transformarea unei convingeri în îndoială. Trebuie însă ca în locul convingerii distruse să punem o altă convingere.

Încercați s-o gîndiți în termeni pozitivi, fără negație, și nu ca pe un element finit, ci ca pe un proces care vă va conduce spre un scop. Acum imaginați-vă cum v-ați comporta (în mod diferit) avînd deja noua convingere; gîndiți-vă în ce mod va deveni schimbarea o problemă pentru dumneavoastră, pentru cei apropiați, pentru colegii de muncă.

Acum încercați să transformați imaginea cu convingerea nedorită după modelul menționat mai sus. Readuceți pe ecranul mental noua convingere, care apare la început sub forma unei imagini fluctuante, mici, estompate, aflate într-un colț. Mutați imaginea în centrul propriului cîmp vizual și, pe măsură ce realizați acest lucru, observați cum imaginea devine mai mare, mai strălucitoare, mai vie, cu mai multe detalii și cu un chenar bine delimitat.

Model de programare mentală pentru modificarea convingerilor

A. Colectarea și pregătirea informațiilor

1. *Convingerea:* gîndiți-vă la o convingere legată de propria persoană, la care ați dori să renunțați, pentru că vă limitează în vreun fel sau are consecințe neplăcute. Cum reprezentați această convingere în experiența dumneavoastră interioară?

2. *Îndoiala:* acum gîndiți-vă la o problemă în privința căreia aveți dubii. Poate avea o bază reală sau nu; nu sînteți sigur. Cum reprezentați această îndoială în experiența dumneavoastră interioară?

3. *Diferențierea:* efectuați o analiză de tip contrast pentru a evidenția submodalitățile senzoriale prin care convingerea diferă de îndoială.

4. *Verificarea:* testați fiecare submodalitate de pe listă, cîte una pe rînd, pentru a o descoperi pe aceea care are rolul principal în schimbarea convingerii în îndoială.

5. *Noua convingere:* ce nouă convingere doriți să aveți în locul celei vechi? Asigurați-vă că noua convingere este postulată în termeni pozitivi și că o gîndiți ca pe un proces și nu ca pe un obiectiv concret. (De pildă: „cred că voi fi capabil să slăbesc și să-mi mențin greutatea ideală" și nu: „cred că voi cîntări 65 kg").

Trebuie cerută și părerea subiectului în legătură cu modul în care se va repercuta noua convingere asupra mediului social (familie, loc de muncă etc.). Modificați noua convingere ținînd seama de toți acești factori. Subiectul nu e obligat să spună în ce constă aceasta.

B. Procesul de modificare a convingerii

6. *Convingerea se transformă în îndoială:* menținînd nemodificat conținutul imaginii, transformați convingerea în îndoială acționînd asupra acelei submodalități pe care ați descoperit-o înainte. (De pildă, transformați o imagine panoramică într-una statică.)

7. *Modificarea conținutului:* utilizînd altă submodalitate, înlocuiți conținutul convingerii nedorite cu conținutul noii convingeri.

8. *Îndoiala devine convingere:* în condițiile menținerii noului conținut, transformați îndoiala în convingere, modificînd în sens invers submodalitățile de la punctul 6.

C. Testarea

9. *Există mai multe modalități de testare.* Puteți, de pildă, întreba: „Cum gîndiți și vă reprezentați noua convingere?"

Puneți întrebări în legătură cu diferitele submodalități și folosiți comportamentul nonverbal pentru a confirma sau infirma spusele subiectului.

10. *Cînd noua convingere este întărită, vechea convingere va căpăta caracteristicile îndoielii.*

Un bun program N.L.P. are la bază 95% colectare de informații și 5% intervenție pentru modificarea unui comportament.

Cum procedăm, în mod concret, atunci cînd dorim să schimbăm un comportament nedorit ? Specialiștii în domeniul programării neurolingvistice ne propun următoarele metode:

1. Metoda ecranului lui Spiegel

Pentru ca această metodă să dea rezultate, subiectul trebuie să știe cu exactitate ce anume dorește să schimbe și ce anume va pune în locul comportamentului nedorit.

Se cere apoi subiectului, aflat în stare de relaxare, să-și imagineze două ecrane. Pe unul dintre ele va plasa comportamentul nedorit și apoi va vizualiza ecranul respectiv, care se retrage pînă cînd ajunge în colțul cel mai îndepărtat al camerei. În faza următoare, se plasează comportamentul dezirabil pe celălalt ecran, care se menține în apropierea subiectului.

Exercițiul durează de la 10 la 20 de secunde și se repetă de mai multe ori pe zi, la fiecare două-trei ore.

2. Tehnica celor două oglinzi[1]

Subiectul, cu ochii închiși, aflat în stare de relaxare, își imaginează că este așezat pe un scaun și are în spate și în față cîte o oglindă. Privind oglinda din spate, el își vede propria imagine manifestînd comportamentul nedorit. I se cere să-și imagineze că respectiva imagine devine tot mai ștearsă, mai estompată, mai lipsită de culoare, mai mică și se îndepărtează tot mai mult. Apoi, persoana trebuie să-și imagineze că privește în oglinda din față, unde apare imaginea dorită (așa cum ar vrea să fie). Imaginea devine tot mai strălucitoare, tot mai colorată, mai mare. Se cere apoi subiectului să se identifice cu una din imagini.

---

1 Aparține lui Richard Bandler și a fost utilizată cu succes și de Graham.

Dacă subiectul zîmbeşte în timpul exerciţiului, aceasta înseamnă că s-a obţinut rezultatul scontat.

Graham a utilizat această tehnică în psihoterapia unui balbic, adăugînd şi elementul auditiv (se vedea şi se auzea pe sine vorbind fără dificultate şi foarte sigur de sine). Pacientului i s-a cerut să practice exerciţiul de 5 ori pe zi, timp de 20 de minute.

Este important să se solicite subiectului să deschidă ochii de îndată ce a păşit în oglinda din faţa lui, pentru a încheia programul. Altfel, există riscul ca subiectul să revină în plan imaginativ la oglinda din spate şi să penduleze la nesfîrşit între două programe mentale.

3. Tehnica diapozitivului

Exerciţiile pregătitoare

a) Se cere subiectului să recreeze imaginea unei amintiri negative. (În cazul în care acesta procesează predominant vizual.) El este întrebat apoi:

– Cum vedeţi imaginea respectivă? Este mare? E colorată? E apropiată?

Încercaţi s-o percepeţi mai bine şi urmăriţi dacă nu cumva sentimentele negative care o însoţesc au tendinţa să diminueze. Coloraţi imaginea, apoi estompaţi-o, plasaţi-o în afara obiectivului atenţiei etc. Încercaţi toate variantele de modificare a imaginii în plan vizual şi observaţi care din ele are un efect mai mare asupra respectivei amintiri, care schimbări trezesc sentimente extrem de neplăcute şi care mai puţin neplăcute.

b) Dacă subiectul are o amintire dezagreabilă exprimată în plan auditiv, i se cere să identifice vocea interioară şi să încerce să-i modifice caracteristicile: s-o facă să sune mai tare sau, dimpotrivă, mai încet, mai repede sau mai rar şi chiar s-o oprească în mod voluntar.

Tehnica propriu-zisă a diapozitivului

I se cere subiectului să-şi imagineze că are un aparat de proiecţie pentru diapozitive sau pentru film. Aparatul respectiv

este prevăzut cu un dispozitiv care poate îndepărta sau apropia imaginile. Primul diapozitiv reprezintă o imagine aleasă de subiect, care e privită din exterior (subiectul nu face parte din film, fiind disociat de imaginea respectivă).

Imaginea reproduce o situație jenantă pentru subiect, pe care acesta ar dori s-o schimbe. Imaginea este în alb-negru și nu e prea clară. Nu trebuie lucrat decît cu un singur aspect negativ (nu cu tot stilul negativ de viață al subiectului).

Se cere apoi subiectului să manevreze obiectivul astfel încît imaginea să se îndepărteze tot mai mult și să devină tot mai neclară, ca în ceață. Apoi, el trebuie să readucă imaginea cît mai aproape, dar ecranul de ceață se menține, împiedicînd vizibilitatea. Din ceață se desprinde o nouă imagine clară, mare, colorată și distinctă, și ea reprezintă modul în care dorește să fie subiectul după producerea schimbării. Noua imagine umple întregul ecran și o înlocuiește total pe cea veche, iar subiectul se identifică cu noua imagine (este în ea). Fotografia este realizată de o altă persoană, astfel încît subiectul se vede pe sine ca făcînd parte din ea. După ce a realizat acest lucru, subiectului i se cere să deschidă ochii pentru a încheia programul. Exercițiul se va repeta cu rapiditate de 5 ori, pacientul deschizînd ochii, de fiecare dată cînd imaginea pozitivă s-a fixat.

În cazul în care exercițiul și-a atins scopul, subiectul va avea dificultăți să evoce imaginea negativă inițială, pentru că cea pozitivă se va suprapune în mod automat peste ea.

Tehnica înlocuirii diapozitivelor

(Richard Bandler)

Subiectului i se cere să-și imagineze un aparat de proiecție care este prevăzut cu un spațiu pentru a plasa două diapozitive (unul în dreapta și celălalt în stînga). Pentru a privi diapozitivul

din stînga, este suficient să împingem partea stîngă a aparatului în dreptul lentilei proiectorului. Terapeutul trebuie să fie sigur că pacientul a înțeles cum funcționează un astfel de aparat, pentru a şi-l putea imagina.

Primul diapozitiv reprezintă o imagine alb-negru, aleasă de subiect, care o priveşte din afară. A doua imagine este realizată de către o altă persoană, astfel încît subiectul se poate vedea pe sine ca făcînd parte din ea. Aceasta e colorată şi deosebit de clară. Prima imagine ilustrează comportamentul nedorit. Imediat ce subiectul o identifică, i se cere s-o schimbe cu imaginea nouă, care reflectă noul comportament dezirabil. Trecerea de la o imagine la alta trebuie făcută printr-o comutare foarte rapidă. (I se dă comanda: Comută!) După ce a realizat comutarea, i se cere să deschidă ochii. Exercițiul se repetă de 5-6 ori.

Tehnica se aplică în cazul unor ticuri (onicofagie), deprinderi proaste (fumat, consum abuziv de alcool) sau idei obsesive. De exemplu, în cazul unei soții obsedate de faptul că descoperise, în buzunarul hainei soțului, o scrisoare de la amantă şi care nu reuşea să scape de respectiva imagine mult timp după ce soțul pusese capăt relației extraconjugale, Graham îi propune ca cele două „diapozitive" să reproducă:

- o imagine estompată conținînd plicul respectiv;
- o imagine clară, colorată şi apropiată în care cei doi soți se află împreună şi discută plini de bună dispoziție.

Poziția centrală

(Graham)

Dacă ne concentrăm cu atenție asupra a două amintiri-emoții opuse: una pozitivă şi alta negativă, putem observa că, la majoritatea oamenilor, amintirea pozitivă vine de undeva dintr-un punct din spațiul situat deasupra liniei orizontale. În

schimb, amintirile negative par să vină dintr-o poziție spațială situată undeva sub linia orizontală. Acest lucru este valabil pentru toate emoțiile pozitive și negative. Nu e de mirare, așadar, că spunem adesea că evenimentele negative ne trag în jos. Depresivii țin capul plecat și privesc în jos aproape tot timpul cînd trăiesc evenimente și stări cu caracter negativ.

Persoanele fericite se uită în mod spontan în sus.

Exercițiul pe care îl propune autorul este următorul:

„Așezați-vă comod, închideți ochii și gîndiți-vă la o persoană agreabilă, despre care puteți spune fără rezerve că o iubiți. Căutați să observați cu atenție în ce loc sau spațiu vizualizați gîndurile legate de persoana respectivă. Sînt convins că, dacă sînteți atenți, veți observa că reprezentările se așază undeva deasupra planului orizontal.

Acum gîndiți-vă la cineva care nu vă place în mod special sau în compania căruia vă simțiți prost. Nu alegeți de la început o persoană dezagreabilă, pentru că încărcătura emoțională poate crește dificultatea exercițiului.

Dacă sînteți atent și sincer, aproape sigur veți vizualiza tot ce gîndiți despre persoana respectivă sub linia orizontală.

Acum mergeți mai departe și imaginați-vă că priviți persoana dezagreabilă de sus în jos și pe cea agreabilă de jos în sus. Închipuiți-vă că trageți o linie orizontală între poziția persoanei agreabile și a celei dezagreabile. Urmăriți cum gîndurile dumneavoastră se schimbă de la una la alta. Acest exercițiu vă va ajuta să vă regăsiți poziția centrală.

Faceți același exercițiu cu alte două amintiri opuse: una cînd v-ați simțit bine și alta cînd v-ați simțit rău.

Treceți de la amintirea plăcută la cea neplăcută și invers, schimbînd perspectiva: priviți în sus, peste linia orizontală și respectiv în jos, sub linia orizontală.

Încheiați întotdeauna exercițiul cu amintirea pozitivă, pentru că altfel vă veți simți în continuare prost dispuși."

După ce v-ați obișnuit cu exercițiile de mai sus, faceți cîteva încercări.

Dacă ecranul dumneavoastră mental este negru, modificați-l pînă devine alb strălucitor. Plasați-vă mental în poziția centrală a ecranului și declanșați sistemele de refacere energetică, prin tehnici de relaxare.

Trebuie să ne antrenăm să menținem poziția centrală și să „trăim în ea", atunci cînd nu avem ceva deosebit de făcut. Așezîndu-vă prin antrenament mental în poziția centrală, veți intra automat într-o stare modificată de conștiență.

Oamenii care practică reveria diurnă se autohipnotizează adesea fără să-și dea seama. De multe ori acest lucru se realizează în scopuri negative: omul se autohipnotizează să se simtă rău. Dacă cunoaștem însă acest mecanism, noi îl putem utiliza pentru a ne simți bine, în finalul exercițiului „privind totdeauna în sus" la un eveniment situat deasupra liniei orizontale și revenind apoi în zona centrală.

Cînd cineva ne-a făcut să ne simțim rău, nu trebuie decît să încercăm mental să privim în sus, pentru a ne ameliora dispoziția.

Dacă șeful ne pune într-o situație neplăcută, nu avem decît să ne imaginăm că aceasta este o persoană demnă de respect pe care o situăm sus, lucru care ne va face să ne simțim bine.

Exercițiul constă de fapt în inversarea evenimentelor și emoțiilor asociate acestora. Evenimentele situate deasupra liniei orizontale nu sînt doar mai sus, ci și mai luminoase, mai strălucitoare, în timp ce acelea amplasate sub linia orizontală ne apar mai întunecate. De pildă, dacă ne-am despărțit de cineva și ni se pare că tot îl mai iubim, este bine să recurgem la exercițiul mental de a-l privi de sus în jos; astfel, dragostea ne va trece și ne vom putea desfășura existența în mod independent.

Dacă dorim să ne împăcăm cu cineva, trebuie să încercăm, în mod deliberat, să privim persoana respectivă ca fiind situată sus, deasupra liniei orizontale. Astfel, vom nutri sentimente mai bune în privința ei.

Dacă detestăm să facem un lucru, ne va fi şi mai greu să ducem la bun sfîrşit treaba respectivă. Pentru ca activitatea să ni se pară agreabilă, este indicat să ne imaginăm că problema respectivă este situată undeva sus.

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Capitolul 7

DESENSIBILIZAREA SISTEMATICĂ – METODĂ DE TERAPIE COMPORTAMENTALĂ ÎN TRATAMENTUL FOBIILOR

1. Metoda desensibilizării în plan imaginativ

Cea mai simplă metodă de a controla o fobie constă în confruntarea cu situația care o produce, deoarece evitarea acesteia nu face decît să mențină reacția de tip fobic.

Confruntarea cu o situație pe care subiectul a evitat-o timp de ani de zile pare imposibilă la prima vedere; de aceea, se recomandă fragmentarea obiectivului în pași mici, acesta fiind abordat în mod gradat, atît în plan real cît și în plan imaginativ.

Demersul psihoterapeutic respectiv poartă denumirea de desensibilizare și implică destructurarea legăturii condiționate realizate de subiect între o situație sau un stimul particular și starea de anxietate. Pentru a realiza acest demers, subiectul trebuie să se confrunte cu situația care îi provoacă reacția fobică, aflîndu-se în stare de relaxare sau măcar destins.

În cazul desensibilizării în plan imaginativ, subiectul, aflat în stare de relaxare musculară, își închipuie că se confruntă cu situația fobică, fiind calm și liniștit. Dacă începe să devină anxios, el trebuie să se retragă în plan mental din situația anxiogenă și să se imagineze pe sine într-o ambianță liniștitoare.

Desensibilizarea în plan real („in vivo") presupune confruntarea directă cu situația generatoare de teamă și retragerea efectivă, fizică din aceasta, în momentul accentuării anxietății.

În ambele cazuri se urmărește dezvățarea pacientului de a resimți teamă în situații care pentru majoritatea oamenilor nu sînt anxiogene și reasocierea senzației de relaxare cu situațiile respective. Se pornește de la premisa că anxietatea și relaxarea reprezintă două stări total incompatibile, obiectivul terapiei fiind menținerea stării de relaxare în situația care înainte provoca o anumită reacție fobică.

Tehnica desensibilizării în plan imaginativ a fost pusă la punct în urmă cu peste 30 de ani, de către psihologul de orientare comportamentalistă, Joseph Wolpe, și este cunoscută astăzi sub denumirea de „desensibilizare sistematică".

Pacientului i se recomandă să-și imagineze scena cea mai intens generatoare de anxietate și să o plaseze la o extremitate a ierarhiei. Astfel, dacă subiectul se teme, spre exemplu, să meargă la cumpărături în locuri aglomerate, își poate imagina că stă la o coadă foarte lungă pentru a plăti produsele cumpărate. Ulterior, subiectului i se cere să identifice alte cîteva scene pe care să le ierarhizeze între cele două situații extreme, în funcție de gradul anxietății pe care o declanșează.

Prezentăm, spre exemplificare, ierarhia situațiilor anxiogene în cazul unui subiect dominat de teama de a vorbi în public (Bourne, 1995, p. 140):

1. Pregătirea unui discurs pe care subiectul nu-l va susține în public.
2. Pregătirea unui discurs pe care îl va prezenta în fața unui prieten.
3. Pregătirea unui discurs care va fi ținut în fața a trei prieteni.
4. Prezentarea unui discurs scurt în fața a 3-4 colegi pe care subiectul îi cunoaște bine.

5. Prezentarea unui discurs mai lung în aceleaşi condiţii.
6. Prezentarea unui discurs scurt în faţa a 10-15 persoane cunoscute de la locul de muncă.
7. O prezentare mai amplă în aceleaşi condiţii.
8. Prezentare orală scurtă în faţa a 3-4 persoane străine.
9. Prezentare orală mai lungă în aceleaşi condiţii.
10. Prezentare orală scurtă în faţa a 10-15 persoane străine.
11. Prezentare orală mai lungă în aceleaşi condiţii.

Cheia succesului acestei metode o reprezintă elaborarea unei ierarhii cu trepte suficient de mici pentru a permite un progres relativ uşor de la o etapă la alta.

În general, sînt suficienţi 8-12 paşi în cadrul ierarhiei, deşi în unele cazuri se poate merge pînă la 20. Mai puţin de 8 paşi sînt consideraţi insuficienţi pentru obţinerea unui rezultat.

Există situaţii în care subiectului i se pare dificil să treacă de la o etapă la alta a ierarhiei; în acest caz, se recomandă includerea unei scene intermediare menită să facă trecerea spre cea care produce prea multă anxietate.

Dacă subiectul nu reuşeşte să se simtă relaxat chiar de la prima treaptă, se impune elaborarea unei scene şi mai puţin anxiogene.

Practic, desensibilizarea în plan imaginativ reprezintă un proces care se realizează în două etape principale. Într-o primă etapă, subiectul îşi va însuşi tehnicile de relaxare şi abia în a doua etapă se va trece la desensibilizarea propriu-zisă, în cadrul căreia subiectul va pendula între vizualizarea unei anumite scene anxiogene şi relaxare.

1. Relaxaţi-vă timp de 10-15 minute, utilizînd primele exerciţii din cadrul antrenamentului autogen al lui Schultz sau orice altă tehnică de relaxare care vi se potriveşte.

2. Vizualizaţi-vă într-o ambianţă liniştită: întins în iarbă, pe plajă sau pe un fotoliu comod. Locul ales trebuie să fie unul în care vă simţiţi în deplină siguranţă. Menţineţi imaginea pe ecranul mental timp de aproximativ un minut.

3. Vizualizați prima scenă din cadrul ierarhiei. Mențineți imaginea timp de 30 secunde pînă la un minut, încercînd să vedeți cu ochii minții cît mai multe detalii, ca și cum v-ați afla cu adevărat în situația respectivă.

Nu vă reprezentați propria persoană ca fiind cuprinsă de anxietate, ci, dimpotrivă, imaginați-vă acționînd calm și liniștit. Dacă nu resimțiți deloc anxietate sau dacă aceasta e nesemnificativă, treceți la vizualizarea scenei următoare.

4. Dacă simțiți o anxietate ușoară spre moderată, rămîneți în acea situație timp de 30 de secunde pînă la un minut, căutînd să vă relaxați în timp ce vizualizați scena. Acest lucru se poate realiza prin intermediul unor expirații liniștitoare însoțite de autosugestii de tipul: „expir teamă, agitație, încordare" sau doar prin repetarea mentală a unor formule sugestive: „mă simt calm și în largul meu". Vizualizați-vă apoi stăpînind situația într-o manieră calmă și controlată.

5. După un minut de expunere, vă retrageți în plan mental din situația anxiogenă și vă imaginați o scenă liniștitoare pe care v-o reprezentați timp de un minut sau mai mult, pînă cînd se instalează relaxarea. Repetați apoi expunerea la scena anxiogenă timp de 30 de secunde pînă la un minut. Alternați de cîteva ori cele două scene, vizualizîndu-le pe fiecare timp de un minut, pînă cînd situația fobică încetează să mai producă anxietate. Treceți apoi la scena următoare din cadrul ierarhiei.

6. Dacă vizualizarea unei scene vă provoacă o anxietate puternică, mențineți-o pe ecranul mental nu mai mult de 10 secunde și reveniți la scena liniștitoare pînă cînd vă relaxați complet.

Expuneți-vă gradat la scene tot mai anxiogene, alternînd perioade scurte de expunere cu vizualizarea unor scene relaxante. În cazul în care o anumită situație continuă să provoace o anxietate puternică, se impune introducerea unei scene de dificultate intermediară.

7. Continuați antrenamentul mental incluzînd fiecare scenă anxiogenă din cadrul ierarhiei elaborate. În general, e nevoie

de minimum două repetări mentale pentru reducerea anxietății provocate de o anumită situație. Nu treceți la scena următoare pînă ce nu vă simțiți pe deplin relaxați.

Practicați antrenamentul de desensibilizare timp de 15-20 minute pe zi și nu începeți exercițiul cu o nouă etapă, ci cu cea anterioară pe care o stăpîniți integral.

2. Desensibilizarea în plan real

Desensibilizarea în plan real reprezintă cea mai eficientă metodă de psihoterapie a fobiilor. Deși desensibilizarea în plan imaginativ este suficientă în unele situații, cel mai adesea ea reprezintă doar o etapă pregătitoare pentru confruntarea reală cu situațiile anxiogene.

În literatura de specialitate se mai utilizează termeni ca desensibilizare „in vivo" sau psihoterapie de expunere.

Majoritatea studiilor au evidențiat faptul că expunerea la situațiile care declanșează comportamentul fobic este mai eficientă decît terapiile bazate pe insight (iluminare, găsirea bruscă a soluției problemei sau a cauzei îmbolnăvirii), cum ar fi psihanaliza, terapia cognitivă sau tratamentul psihiatric, pentru că nimic nu reduce mai mult teama decît confruntarea directă cu situația anxiogenă, mai ales atunci cînd aceasta se realizează în pași mici. În plus, în cazul utilizării metodei expunerii, rezultatele obținute sînt de durată.

Desensibilizarea în plan real se utilizează în terapia agorafobiei, a fobiilor sociale și a celor simple.

În toate cazurile însă este necesară practicarea prealabilă a desensibilizării în plan imaginativ. Atunci cînd subiectul se află la jumătatea drumului în cadrul demersului desensibilizării în plan mental, se poate începe confruntarea cu situațiile anxiogene și în realitate, procedîndu-se și de această dată în mod gradat. Se trece la o nouă etapă numai după ce subiectul ajunge să stăpînească foarte bine situația anterioară.

Deşi eficientă, tehnica expunerii reprezintă un proces dificil şi dezagreabil pentru subiect.

Pentru ca acest tip de psihoterapie să fie pus în practică, pacientul trebuie să-şi asume riscul de a se confrunta cu situaţii pe care le-a evitat poate mulţi ani la rînd; în acelaşi timp, el trebuie să fie capabil să tolereze disconfortul iniţial produs de expunere şi să practice metoda cu multă tenacitate.

Înainte de a trece la psihoterapia propriu-zisă, pacientul va fi îndrumat să-şi precizeze foarte clar obiectivele pe care doreşte să le atingă pentru a se considera liber de fobia sa. Aceste obiective trebuie exprimate foarte precis. Astfel, este de dorit ca subiectul să-şi fixeze ca obiectiv „să meargă de patru ori pe săptămînă la piaţă" şi nu „să se simtă bine atunci cînd se află la cumpărături".

În cazul în care pacientul doreşte să se elibereze de orice restricţie, este indicat ca un obiectiv major să fie fragmentat în ţeluri mai mici, pentru care se fixează limite de timp.

Se procedează apoi la construirea ierarhiei de situaţii anxiogene, care va cuprinde între 8 şi 20 de paşi de dificultate progresiv crescătoare. Pentru desensibilizarea în plan real este nevoie de un număr mai mare de trepte decît în cazul desensibilizării imaginative.

În cazul în care una din treptele ierarhiei se dovedeşte dificilă, se recomandă ca subiectul să revină la treapta anterioară şi să se confrunte cu aceasta pînă cînd apare saturaţia şi dorinţa de a trece la pasul următor.

De obicei, tehnica expunerii este iniţiată după aproximativ două săptămîni de practică în plan imaginativ.

Prezentăm, în cele ce urmează, o ierarhie de situaţii anxiogene pentru un subiect cu fobia de a utiliza ascensorul (Bourne, 1995, p. 152).

1. Priviţi un lift care urcă şi coboară.

2. Rămîneţi într-un lift care stă pe loc, însoţit fiind de o persoană de încredere.

3. Rămîneți singur, timp de cîteva minute, într-un lift care stă pe loc.

4. Urcați și coborîți cu liftul un etaj, împreună cu persoana de încredere.

5. Urcați și coborîți singur cu liftul un etaj, în timp ce persoana de încredere vă așteaptă la ieșirea din lift.

6. Urcați și coborîți 2-3 etaje, împreună cu persoana care vă ajută.

7. Urcați și coborîți singur cu liftul 2-3 etaje, în timp ce persoana vă așteaptă la ieșirea din ascensor.

8. Creșteți numărul de etaje pe care le parcurgeți, la început împreună cu persoana aleasă, apoi singur.

9. Urcați și coborîți singur cu liftul mai multe etaje.

Procedura concretă de aplicare a metodei este următoarea:

- Intrați în situația anxiogenă și rămîneți acolo pînă cînd anxietatea ajunge la limita tolerabilității.
- Ieșiți din situație atunci cînd anxietatea crește atît de mult încît riscați să pierdeți controlul, și reveniți atunci cînd vă simțiți mai bine. Acordați-vă suficient timp de așteptare pentru a obține scăderea anxietății. Puteți practica niște exerciții de respirație abdominală sau puteți face cîțiva pași pe jos.
- Reintrați în situație și rămîneți în ea pînă cînd anxietatea crește din nou. Dacă vă puteți menține mai mult decît prima oară, este cu atît mai bine, dacă nu, rămîneți în situație atît cît puteți.
- Nu vă descurajați dacă performanța actuală a fost chiar mai slabă decît prima.
- Repetați de mai multe ori secvența: expunere–retragere–refacerea forțelor–repetarea expunerii, ședința de expunere putînd avea o durată între 30 de minute și două ore.
- Pentru majoritatea pacienților, este suficientă o singură ședință de expunere pe zi.

- De reținut că terapia de expunere nu reprezintă un proces liniar, ci unul sinuos, cu succese, reveniri la situația inițială și chiar accentuări ale anxietății, ceea ce nu trebuie să vă descurajeze.

Succesul psihoterapiei de expunere depinde în mare măsură de existența unei persoane suportive, doritoare să ajute pacientul să-și rezolve problema și în același timp dispusă să îl însoțească în demersul de confruntare progresivă cu situațiile anxiogene. Această persoană trebuie să insufle subiectului siguranță, încurajare, să-i distragă atenția de la situația care îl sperie, să-i evalueze pozitiv succesele, fără însă a-l presa, a-l critica sau a-l obliga să rămînă în situație mai mult timp decît dorește.

În timpul expunerii, pacientul trebuie să învețe să distingă aspectele specifice ale situației fobice care îi produc cea mai mare anxietate. De pildă, în cazul fobiei sociale poate fi vorba de numărul de persoane prezente în sală sau de statutul social al acestora, detalii care vor conduce la creșterea sentimentului de autocontrol al subiectului, accelerînd demersul de desensibilizare.

Bourne (1995, p.157) dă următoarele instrucțiuni pentru optimizarea procesului de desensibilizare:

1. *Asumarea riscului*

Expunerea la o situație fobică, pe care pacientul a evitato mult timp, implică asumarea unui risc redus spre moderat. Acest risc poate fi diminuat dacă demersul terapeutic începe cu obiective limitate, de amploare redusă.

2. *Reducerea rezistențelor*

Necesitatea expunerii la situații anxiogene poate contracara rezistențele subiectului. Acesta trebuie să observe dacă are tendința de a amîna expunerea, invocînd tot felul de scuze. Cele mai frecvente gînduri care exprimă rezistențele sînt: „ nu voi fi niciodată în stare să fac asta" sau „totul este fără speranță". În loc să se lase prins în capcana rezistențelor, pacientul trebuie ghidat astfel încît să realizeze faptul că demersul

terapeutic reprezintă o bună ocazie de a se elibera de dificultăţile sale. El trebuie învăţat să-şi adreseze, în limbaj interior, afirmaţii cu conţinut sugestiv, din care să rezulte cît de mult se vor ameliora existenţa şi relaţiile sale cu ceilalţi după dispariţia fobiilor.

3. *Acceptarea disconfortului*

Este evident faptul că o confruntare directă cu situaţiile anxiogene îi va produce subiectului un disconfort suficient de puternic pentru a-l face să se simtă mai rău la începutul terapiei. Terapeutul trebuie să-i explice faptul că „mai rău" nu reprezintă un regres, ci, dimpotrivă, un semn că psihoterapia îşi face efectul şi că în viitor el se va simţi mai bine.

4. *Evitarea expunerii excesive*

Şedinţele de expunere sînt net diferite de expunerile spontane la care este supus subiectul în viaţa reală, deoarece în cadrul procesului de desensibilizare pacientul deţine controlul intensităţii şi duratei expunerii, putîndu-se retrage atunci cînd anxietatea devine intolerabilă. Retragerea nu reprezintă o expresie a laşităţii, ci modul cel mai eficient de a stăpîni fobia, pentru că expunerea exagerată poate sensibiliza şi mai mult subiectul, prelungind durata tratamentului.

5. *Elaborarea unor planuri pentru eventualele surprize neplăcute*

Să presupunem, spre exemplu, că un pacient cu fobie de a utiliza ascensorul îşi practică exerciţiile de desensibilizare, şi liftul chiar se opreşte între etaje. Pentru a minimaliza cît mai mult riscurile unei situaţii neplăcute, ar fi mai indicată utilizarea unui lift dotat cu telefon sau sonerie de alarmă.

6. *Adoptarea unei atitudini calme şi relaxate*

Este important ca pacientul să nu abordeze desensibilizarea în plan real ca pe o cursă contra cronometru, obiectivul nefiind acela de a vedea cît de repede rezolvă problema fobiei sale. O astfel de atitudine îl determină pe subiect să acţioneze sub presiune, ceea ce produce un stres suplimentar. Dacă se

trece la o etapă superioară înainte de stăpînirea completă a celei inferioare, există riscul recăderii. Din acest motiv, pacientul trebuie să lucreze cu calm, considerînd că fiecare mic progres reprezintă un succes.

7. *Autoacordarea unor recompense pentru succesele obținute*

Adesea, subiecții care practică tehnica desensibilizării au tendința de a se autoblama pentru că n-au făcut progrese suficient de rapid. Terapeuții comportamentaliști sînt de părere că instruirea pacienților în sensul autoacordării de mici recompense pentru progresele realizate în cadrul demersului terapeutic reprezintă o întărire pozitivă pentru acestea, susținînd motivațional continuarea terapiei.

8. *Utilizarea unor strategii de contracarare a atacurilor de panică*

Așa cum am mai subliniat, principalele strategii sînt:

- respirația abdominală;
- autosugestiile cu conținut liniștitor;
- o conversație cu o persoană în care subiectul are încredere;
- utilizarea unor tehnici de distragerea atenției (ca de pildă numărarea tuturor autoturismelor de culoare albă care trec pe șosea etc.);
- exprimarea unor sentimente de ostilitate în raport cu anxietatea;
- observarea simptomelor anxietății fără ca subiectul să încerce să lupte împotriva lor.

9. *Repetarea unor sugestii de autoîmbărbătare la confruntarea cu situațiile fobice*

Aceste sugestii trebuie repetate în limbaj interior înainte și în timpul expunerii, ele avînd rolul de a distrage atenția subiectului de la simptomele somatice ale anxietății și de a preveni apariția vorbirii interioare cu conținut negativ, care amplifică reacția de panică.

10. *Practicarea cu regularitate a exercițiilor de expunere*

Această abordare este mult mai eficientă decît lucrul în grabă, în salturi și sub presiune. Majoritatea autorilor recomandă realizarea a trei ședințe de expunere pe săptămînă.

11. *Acceptarea și autocontrolul recăderilor*

După cum am mai subliniat, se întîmplă uneori ca subiectul să nu poată tolera la fel de bine ca altă dată expunerea la o anumită situație, însă acest lucru e considerat normal în cadrul procesului terapeutic, care nu reprezintă un demers liniar.

Este important ca asemenea recăderi să nu demobilizeze subiectul, acesta fiind instruit să le noteze și să învețe din ele, pentru a-și îmbogăți experiența.

12. *Acceptarea unor trăiri afective mai puternice*

Atunci cînd pacientul se confruntă cu o serie de situații fobice pe care le-a evitat mult timp se declanșează, pe lîngă anxietate, și o serie de stări emoționale reprimate, cum ar fi furia sau disperarea. Apariția acestora reprezintă un fenomen normal în cadrul demersului terapeutic. Pacientul trebuie încurajat să-și exprime liber stările emoționale respective, convins fiind de către terapeut că acest lucru constituie un fenomen pozitiv, chiar dacă starea prin care trece nu este prea agreabilă.

Un aspect important al demersului terapeutic îl reprezintă învățarea subiectului să accepte, să exprime și să-și comunice propriile stări afective. Demersul terapeutic se consideră finalizat atunci cînd subiectul nu se mai teme de faptul că va avea un atac de panică în vreuna dintre situațiile care înainte puneau probleme. Desigur, nu se iau în considerare situațiile extreme, care ar putea înspăimînta pe oricine.

Procesul terapeutic durează între șase luni și doi ani și poate fi considerat încheiat doar atunci cînd persoana se poate confrunta cu orice situație neanxiogenă din punctul de vedere al oamenilor obișnuiți și atunci cînd ajunge la concluzia că reacțiile de panică sînt lipsite de pericol și posibil de ținut sub control.

Factorii care contribuie la succesul psihoterapiei

(Bourne, 1995, p.161, după Barlow, 1988)

1. Cooperarea cu partenerul de viaţă

În măsura în care partenerul de viaţă este de acord să ajute pacientul în demersul său terapeutic, rezultatele sînt adesea mult mai bune. În cazul în care subiectul sesizează faptul că partenerul său se opune în mod conştient sau inconştient progresului terapiei, se indică terapia de cuplu.

2. Disponibilitatea de a tolera un anumit disconfort

Avînd în vedere caracterul stresant al terapiei de expunere, este de dorit ca subiectul să se motiveze acordîndu-şi diverse recompense. În unele cazuri se pot recomanda doze mici de tranchilizante cum ar fi, de pildă, Xanax, în fazele incipiente ale terapiei, pentru reducerea anxietăţii astfel încît pacientul să se angajeze în demersul de desensibilizare.

3. Capacitatea de a face faţă simptomelor iniţiale ale panicii

Teama că s-ar putea declanşa un atac de panică reprezintă poate cea mai mare piedică în calea aplicării desensibilizării în plan real.

În cazul în care subiectul îşi însuşeşte un repertoriu de abilităţi pentru a-şi regla simptomele precoce de panică, el va căpăta încredere să realizeze exerciţiile specifice metodei expunerii.

4. Disponibilitatea de a se retrage din situaţie atunci cînd este necesar

Dacă subiectul se străduieşte prea mult să se expună situaţiilor anxiogene, pe care le abordează prea repede şi nu le părăseşte atunci cînd anxietatea creşte excesiv, el riscă să-şi accentueze simptomele.

5. Abilitatea de a face faţă recăderilor

Există persoane care abandonează programele de psihoterapie după unul sau mai multe eşecuri, deoarece nu conşti-

entizează faptul că eşecurile reprezintă un fenomen normal şi fac parte din cadrul procesului de psihoterapie.

6. Tenacitatea şi dorinţa de a lucra în mod regulat

Exersarea sistematică de 3-5 ori pe săptămînă constituie, fără îndoială, cel mai bun predictor al succesului.

Astfel, Bourne (1995) subliniază faptul că nu există fobie care să nu poată fi învinsă, dacă pacientul este suficient de perseverent.

Factorii care frînează succesul psihoterapiei

În afară de neîndeplinirea condiţiilor menţionate mai sus, procesul psihoterapeutic mai este îngreuiat şi de următoarele aspecte:

1. Depresia

Persoanele care suferă de tulburări depresive asociate cu agorafobie sau fobie socială sînt mai puţin motivate să practice desensibilizarea în plan real. Acestea au şi tendinţa de a minimaliza succesele din timpul practicii terapeutice.

Simptomele principale ale depresiei sînt:

- fatigabilitatea şi lipsa energiei vitale;
- auto-reproşurile şi sentimentele de inutilitate şi auto-devalorizare;
- pierderea interesului şi plăcerii pentru activităţile curente;
- dificultăţile de concentrare a atenţiei;
- scăderea apetitului;
- tulburările de somn;
- ideile cu conţinut suicidar.

Dacă subiectul consideră că are trei sau mai multe dintre simptomele menţionate mai sus, este bine să consulte un specialist în psihiatrie, iar dacă nu e vorba de o depresie majoră, se pot utiliza predominant tehnici de psihoterapie cognitivă.

2. Alcoolul şi medicamentele

Consumul de alcool sau dozele mari de tranchilizante interferează cu procesul expunerii. Pentru ca psihoterapia să aibă efect, este necesar ca subiectul să trăiască un anumit grad de anxietate în timp ce se confruntă cu situaţia fobică, în vederea adoptării unor noi modalităţi adaptative de a reacţiona la aceasta. De aceea, pacienţii care iau doze mari de tranchilizante în timpul psihoterapiei au adesea recăderi imediat după întreruperea tratamentului.

Utilizarea formulelor sugestive pentru facilitarea expunerii

Obiectivul urmărit este distragerea atenţiei subiectului de la vorbirea interioară cu conţinut anxiogen şi crearea unui montaj anticipativ pozitiv, prin intermediul căruia să fie abordată situaţia fobică.

Autosugestiile pozitive pot fi ascultate la un reportofon sau pot fi notate pe cartonaşe ţinute în buzunar de către subiect. Acesta citeşte autosugestiile respective înaintea sau chiar în timpul expunerii.

În cele ce urmează, prezentăm cîteva exemple de asemenea formule (după Bourne, 1995, p. 164).

Pregătirea pentru a face faţă situaţiei fobice

„Astăzi am de gînd să depăşesc puţin zona mea de confort, ceea ce îmi oferă prilejul de a învăţa să mă simt bine în situaţia care înainte îmi producea teamă. Confruntarea cu situaţia X reprezintă cea mai bună modalitate de a-mi depăşi teama. De fiecare dată cînd mă decid să mă confrunt cu situaţia X, fac un pas important în direcţia eliberării de orice teamă. Aceasta îmi va permite ca pe viitor să fac tot ceea ce doresc. Nu am de

ales. Tot ceea ce se întîmplă este bine. Sînt convins că mă voi simți mai bine atunci cînd mă voi afla în situația respectivă. Mă prețuiesc pentru faptul că sînt capabil să mă confrunt cu obiectul fobiei mele. Există totdeauna o cale de a ieși din situația respectivă dacă doresc acest lucru."

Prima confruntare cu situația și expunerea

„Am reușit să fac față și înainte acestei încercări și voi reuși și acum. Mă relaxez și înaintez încet. Nu e nevoie să mai forțez. Exersez cîteva respirații abdominale. Nu mi se poate întîmpla nimic serios. Este foarte bine pentru mine că realizez acest lucru. Astăzi fac doar ce pot. Totul va fi foarte bine. Am mai reușit și altă dată. Nu trebuie să fiu perfect, pentru că nu sînt decît o ființă omenească. Îmi voi imagina că mă aflu în locul meu liniștit atunci cînd mă voi confrunta cu situația respectivă. Îmi voi monitoriza anxietatea și mă voi retrage din situație dacă simt nevoia s-o fac. Lucrurile nu stau chiar atît de rău cum credeam. Pe măsură ce voi practica exercițiile, va fi tot mai bine."

Formule sugestive pentru ca subiectul să facă față senzațiilor fiziologice și stărilor emoționale din timpul expunerii

„Pot ține sub control aceste simptome sau senzații. Voi face cîteva respirații abdominale controlate și mă voi lăsa în voia senzațiilor. Ceea ce simt va trece și totul va fi bine. Nu este decît o descărcare de adrenalină, care va dura cîteva minute. Sînt doar gîndurile mele, nu e nimic real. Ceea ce simt este doar anxietate și nu îi voi permite să mă copleșească. Nu trebuie ca senzațiile și trăirile mele să mă oprească din drum. Sînt capabil să merg înainte. Pot oricînd să mă retrag pentru un timp dacă simt nevoia aceasta etc."

Îndrumări pentru persoanele din anturaj care acordă ajutor pacientului fobic

(Bourne, 1995, p. 165)

Bourne (1995) subliniază faptul că cele mai importante particularități ale persoanei care acordă ajutor fobicului sînt: atitudine caldă și suportivă, deprinderea de a nu critica și a nu evalua și dorința de a-l încuraja pe subiect să se confrunte cu temerile sale cu răbdare și perseverență.

Autorul realizează o listă de îndrumări pentru aceste persoane, dintre care prezentăm cîteva:

1. Înainte de începerea exercițiilor de expunere, persoana trebuie să discute clar cu subiectul fobic în legătură cu ceea ce îi cere acesta (dorește să i se vorbească tot timpul, să fie ținut de mînă, așteptat la ieșire etc.).

2. Este necesar ca pacientul fobic să fixeze obiectivele ședinței de expunere, partenerul limitîndu-se doar să coopereze, fără a manifesta inițiative personale.

3. Persoana care acordă sprijin trebuie să observe din timp simptomele anxietății și să încurajeze pacientul să le verbalizeze.

4. Este foarte important ca însoțitorul să nu se lase copleșit de simptomele pacientului fobic, care trebuie însă tratate cu seriozitate. În cazul declanșării unui atac de panică, însoțitorului i se pretinde să manifeste o atitudine calmă, să-l scoată pe pacient din situația anxiogenă și apoi să-l conducă acasă. Însoțitorul va rămîne lîngă pacient pînă cînd acesta va depăși atacul de panică.

5. Subiectul fobic nu trebuie forțat să progreseze prea rapid de la o situație la alta, dar în același timp, se recomandă să fie încurajat, pentru a profita cît mai mult de pe urma exercițiilor de expunere. Astfel, este mai bine ca pacientul să încerce măcar să abordeze situația înainte de a se retrage, decît să nu aibă nici o tentativă în acest sens.

6. Pacienții fobici sînt deosebit de sensibili și, din acest motiv, este bine ca ei să fie lăudați și chiar recompensați pentru fiecare mic succes.

7. Se recomandă ca persoana care acordă asistență pacientului să accepte ideea că acesta poate avea și zile proaste și chiar recăderi, astfel încît nici pacientul, nici cel care îi acordă sprijin nu trebuie să se demoralizeze.

BCU IAȘI CENTRALĂ UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 8

RESTRUCTURAREA MENTALĂ – NUCLEUL TERAPIEI COGNITIVE

Psihoterapia cognitivă porneşte de la ideea că gîndurile negative distorsionate conduc la tulburări emoţionale patologice, cum ar fi depresia sau anxietatea. În cele ce urmează vom prezenta cîteva metode psihoterapeutice de combatere a gîndurilor negative.

1. Identificarea distorsionărilor cognitive

Etapa întîi: Identificarea evenimentului perturbator

Realizaţi o descriere sumară a problemei care vă macină: poate că un prieten v-a spus ceva neplăcut, sau s-a defectat ceva în apartament şi aveţi de plătit o sumă de bani sau poate aţi primit o scrisoare care v-a supărat.

Cel mai important lucru este ca descrierea dumneavoastră să fie cît mai precisă, nicidecum vagă. (De pildă, nu este util să scrieţi că viaţa este imposibilă.) Pentru ca problema să fie cît mai reală, ea trebuie să se petreacă într-un anumit loc şi într-o anumită perioadă a zilei.

Dacă vă simţiţi tot mai prost fără să ştiţi de ce, descrieţi pur şi simplu ce anume făceaţi atunci cînd v-aţi simţit aşa: „spălam vasele şi mă simţeam îngrozitor", „citeam o carte şi m-am simţit descurajată".

Etapa a doua: Notați stările afective negative pe care le trăiți.

Notați sentimentele și emoțiile negative și evaluați fiecare stare afectivă negativă pe o scală de la 1 la 100.

Utilizați termeni ca: trist, frustrat, descurajat, „rănit", anxios, enervat, deprimat, vinovat etc.

Etapa a treia: Adresați-vă întrebări de tipul: „Care sînt gîndurile negative asociate cu stările afective disfuncționale?" sau „Ce îmi spun în gînd în situația care mă supără?"

Astfel, după o dispută cu șeful, vă puteți spune: „nu voi fi promovat niciodată" sau „totdeauna voi fi nedreptățit".

Notați gîndurile negative automate în coloana corespunzătoare din tabelul de mai jos și apreciați printr-o cifră de la 0 la 100 cît de mult credeți în ele. La o analiză mai atentă, s-ar putea să descoperiți cît de nerealiste sînt aceste gînduri și atunci, probabil, vă veți simți mai bine.

Identificați apoi tipul de distorsionare cognitivă și notați-o în coloana corespunzătoare.

Prezentăm în continuare cîteva cazuri în care pacientul învață să identifice distorsionările cognitive (Burns, 1989, p. 17–18)

Marian se simțea îngrijorat fiindcă trebuia să participe la un interviu pentru ocuparea unui post care îl interesa.

Iată lista gîndurilor sale negative și a distorsionărilor cognitive corespunzătoare acestora:

Gînduri negative	*Distorsionări cognitive*
1. Probabil că voi cădea la test. Mintea mea se va goli și nu voi fi în stare să gîndesc sau să spun ceva.	Acesta reprezintă un exemplu de așazisa „prezicere a viitorului", pentru că Marian prevede faptul că se va întîmpla ceva rău. Prezicerea viitorului este una dintre distorsionările cognitive care conduc la apariția anxietății.

Gînduri negative	*Distorsionări cognitive*
2. Patronul mă primeşte la interviu din complezenţă, pentru că îl cunoaşte pe tatăl meu.	Acesta este un exemplu de „citire a gîndurilor" pentru că Marian îşi închipuie că ştie ce gîndeşte viitorul său şef.
3. De fapt, eu nici nu am ce să ofer. Probabil că s-au prezentat mulţi candidaţi care sînt mai buni decît mine.	Acesta reprezintă un exemplu de „descalificare a pozitivului", pentru că Marian îşi ignoră calităţile. De asemenea, el trage concluzii pripite afirmînd că ceilalţi candidaţi sînt mai valoroşi decît el, fără a avea de fapt informaţii în legătură cu aceştia.
4. Probabil mă voi face de rîs, voi apărea ca un „prost".	Acesta este un exemplu de etichetare. Marian îşi atribuie eticheta de „prost". Toţi oamenii fac uneori prostii, dar acest lucru nu înseamnă că ei sînt proşti. Şi aici putem observa un exemplu de „ghicire a viitorului", pentru că subiectul în cauză prevede un final negativ.
5. Acest lucru ar fi de-a dreptul îngrozitor.	Acesta este un exemplu de exagerare (amplificare) deoarece Marian acordă interviului respectiv o importanţă disproporţionată. Poate fi îngrozitor războiul din Kosovo, nu însă şi faptul că cineva a răspuns prost la un interviu şi nu a obţinut un serviciu. Acest lucru este doar neplăcut. Mai mult, faptul că nu a obţinut postul poate fi o lecţie pentru subiectul în cauză, care ar trebui să dea mai multe interviuri înainte de a găsi un loc de muncă potrivit. Viitorul lui Marian nu atîrnă de acest interviu.

Cele mai frecvente distorsionări cognitive care produc anxietate sînt (Burns, 1989, p. 19):

- Prevederea viitorului: „Ce se va întîmpla dacă voi deveni atît de nervos încît voi claca?"
- Citirea gîndurilor: „Oamenii îşi vor bate joc de mine dacă vor observa cît de nervos şi nesigur mă simt".
- Afirmaţiile categorice: „Nu ar trebui să mă simt atît de speriată".
- Judecata afectivă: „Mă simt teribil de speriată. Asta înseamnă că este foarte periculos să zbori cu avionul."
- Amplificarea (exagerarea): „Este îngrozitor, va fi teribil dacă îmi voi pierde controlul!"

Notaţi distorsionările cognitive pe care le-aţi identificat în gîndurile dumneavoastră.

1. _____
2. _____
3. _____

Daniel este un avocat de succes, care însă se simte încordat în fiecare dimineaţă, cînd intră în biroul său.

Iată ce gînduri negative îi trec prin minte atunci cînd stă la birou.

Gînduri negative	*Distorsionări*
1. Este îngrozitor! Mă gîndesc mereu la cît de mult am de lucru. Am într-adevăr prea mult de lucru!	Acesta este un exemplu de amplificare (exagerare), dar şi de gîndire de tip „totul sau nimic", pentru că Daniel se concentrează asupra tuturor lucrurilor pe care le are de făcut şi nu doar asupra unei activităţi specifice şi, drept urmare, nu mai face chiar nimic.
2. Mi-au mai rămas atîtea lucruri de terminat la sfîrşitul zilei!	Observăm cum intră în acţiune aşa-numitul „filtru mental", pentru că Daniel se gîndeşte doar la lucrurile pe care nu a avut timp să le facă, ignorîndu-le pe cele duse la bun sfîrşit.

Gînduri negative	*Distorsionări*
3. Nu voi izbuti să termin tot ce am de făcut.	În acest exemplu se evidenţiază din nou modul de gîndire „totul sau nimic". Daniel se află în situaţia de a-şi pregăti procesele şi este clar că un avocat bun şi ocupat nu se va afla niciodată în situaţia de a termina tot ce are de făcut, pentru că îi vor veni noi clienţi!
4. Voi face o greşeală sau voi uita ceva important.	Aici avem de-a face cu un exemplu de „ghicire a viitorului", pentru că subiectul prevede faptul că va greşi. Acesta s-ar simţi şi ar lucra mai bine dacă şi-ar spune că va avea o zi productivă.
5. Ce se va întîmpla dacă o să pierd un proces?	Şi aici remarcăm modelul de gîndire distorsionată numit „ghicirea viitorului". Fiecărui avocat i se întîmplă să cîştige şi să piardă procese, iar Daniel a cîştigat un număr mare de procese. Deoarece şi-a pregătit foarte bine pledoaria, ar fi mai realist din partea lui să-şi spună că are toate şansele să cîştige procesul în cauză.
6. Clientul meu mă va dispreţui dacă pierd procesul.	Aici observăm modelele de „citire a gîndurilor" şi „ghicire a viitorului". Daniel prevede faptul că va pierde procesul şi crede că respectivul client îl va dispreţui. Majoritatea clienţilor lui Daniel s-au declarat mulţumiţi de activitatea sa. Chiar atunci cînd i s-a întîmplat să piardă un proces, Daniel a afirmat că clienţii l-au apreciat pentru faptul că a depus o muncă eficientă, într-o situaţie dificilă.
7. Atunci nu voi mai avea alte procese.	Aici apare un exemplu extrem de „ghicire a viitorului". De fapt, Daniel are atît de multe procese, încît abia poate face faţă.
8. Dacă se va întîmpla acest lucru, voi fi destituit şi voi pierde banii.	Şi aici apare un exemplu de „ghicire a viitorului". Veniturile lui Daniel au crescut în mod simţitor, aşa că el va avea o viaţă îmbelşugată mult timp de aici înainte.

Gîndiți-vă la o situație în care v-ați simțit stresat. Poate v-au presat solicitările unui șef exigent sau obligațiile familiale.

Descrieți situația respectivă:

_____

_____

_____

Acum v-aș ruga să notați ce gînduri negative vă vin în minte atunci cînd vă simțiți stresat.

Bifați în dreptul lui *da* sau *nu*, pe lista următoare:

	Da	*Nu*	
1	☐	☐	Trist și deprimat
2	☐	☐	Nervos, îngrijorat, speriat
3	☐	☐	Agasat, iritat, supărat
4	☐	☐	Frustrat
5	☐	☐	Încordat, stresat
6	☐	☐	Vinovat, rușinat
7	☐	☐	Descurajat, lipsit de speranță
8	☐	☐	Inferior, neadecvat
9	☐	☐	Obosit, epuizat, depășit
10	☐	☐	Plictisit, dezinteresat, fără motivație
11	☐	☐	Singur, lipsit de afecțiune
12	☐	☐	Descrieți alte tipuri de stări afective

Acum notați cîteva din gîndurile negative ce vă trec prin minte și identificați distorsionările cognitive pe care le conțin:

_____

_____

Tipurile de distorsionări cognitive care stau la baza producerii anxietății sînt:

Prevederea (ghicirea) viitorului: „Niciodată nu voi izbuti să termin tot ce am de făcut".

Gîndire de tipul „totul sau nimic": „Trebuie să fac doar un lucru de calitate".

Afirmații de tip imperativ-categoric: „Nu trebuie să comit nici o greșeală".

Descalificarea pozitivului: „Nu am reușit să termin nimic astăzi".

Citirea gîndurilor: „Șeful meu va crede că sînt o proastă".

Amplificarea (exagerarea): „Am enorm de mult de lucru".

Prezentare de caz

(după Burns, 1989, p. 23)

Joanna are 28 de ani, locuiește la New York și se ocupă cu tranzacții comerciale. Activitatea ei comercială este foarte stresantă, deoarece poate cîștiga mulți bani, dar în același timp există riscul să-i piardă pe toți.

Recent, Joanna a intrat într-o afacere cu un bărbat care a adus un capital de 100000 de dolari, cei doi căzînd de acord să împartă profitul. Joanna a decis să aplice o strategie conservatoare cu risc scăzut. În ultimele luni ea a realizat un profit de doar 4000 de dolari, față de 12 000 cît obținuse pînă atunci. Stresată de scăderea profitului, ea a dezvoltat o stare depresivă și chiar idei cu conținut suicidar.

Solicitată de terapeut să noteze gîndurile negative care i-au venit în minte, clienta a spus că se simte o ratată și crede că dacă partenerul ei va afla despre performanțele sale slabe, va fi profund dezamăgit și se va retrage din afacere.

Să identificăm cîteva dintre principalele distorsionări cognitive care se manifestă în gîndirea ei:

1. Gîndire de tipul „totul sau nimic": Joanna crede că, dacă nu obține cîștiguri fabuloase în fiecare lună, este o ratată. Acest lucru pare ciudat, pentru că un profit de 4000 de dolari pe lună nu e de neglijat.
2. Judecata afectivă. Clienta face următorul raționament: „dacă mă simt o ratată, înseamnă că așa sînt de fapt" (ea consideră că stările ei afective reflectă cu adevărat realitatea).
3. Ghicirea viitorului: Clienta prevede că profitul va fi în continuare scăzut, fără a avea suficiente date în sprijinul predicției sale. Aici se observă și tendința spre suprageneralizare, pentru că Joanna este de părere că obținerea unor profituri mici va continua la nesfîrșit.
4. O altă distorsionare cognitivă se referă la utilizarea afirmațiilor de tip imperativ-categoric – „trebuie". Clienta afirmă că ea trebuie totdeauna să obțină profituri foarte mari, fapt ce reprezintă o expectație nerealistă, dat fiind faptul că în unele luni ea realizează un profit de 12 000 de dolari, iar în altele de 4000, ceea ce poate da o medie de 8000 de dolari, un profit considerat bun. Joanna nu a luat în calcul fluctuațiile pieței, cu repercusiuni asupra creșterii sau diminuării veniturilor realizate din comerț, și că nu există nici un investitor care să obțină numai profituri mari.
5. Citirea gîndurilor. Clienta concluzionează, fără nici o bază reală, că partenerul ei va fi supărat și dezamăgit și că se va retrage din afacere.

Terapeutul i-a trasat ca temă pentru acasă să discute problema cu partenerul ei de afaceri și a fost surprins să constate că acesta era foarte mulțumit de prestația ei și chiar dorea să investească mai mult în afacerea respectivă.

Înlocuiți gîndurile automate iraționale cu răspunsuri mai raționale și apreciați, pe aceeași scală de la 1 la 100, cît de mult credit acordați fiecărui gînd rațional alternativ.

Etapa a patra: Concluziile evaluării.

După ce ați dat o replică rațională fiecărui gînd negativ automat, reevaluați cît de mult mai credeți în realitatea gîndurilor negative și veți constata că acestea și-au pierdut din forță și că vă simțiți mai bine.

În final, evaluați în ce măsură s-a ameliorat starea dumneavoastră afectivă.

Etapa I: Descrieți evenimentul perturbator.

Etapa a II-a: Notați sentimentele negative pe care le trăiți în raport cu acesta și evaluați intensitatea lor pe o scală de la 0 la 100.

	Stare afectivă	*Evaluare*
1.		
2.		
3.		

Etapa a cincea: Tehnica celor trei coloane

Gînduri automate	*Distorsionări cognitive*	*Răspunsuri raționale*
Notați gîndurile negative automate și apreciați, pe o scală de la 1 la 100, cît de mult credeți în ele.	Identificați distorsionarea cognitivă care stă la baza fiecărui gînd automat negativ.	Substituiți fiecărui gînd negativ un gînd mai realist și apreciați cît de mult credeți în respectivul gînd (0 – 100).

Etapa a șasea: Reevaluați cît de mult credeți acum în veridicitatea fiecărui gînd negativ automat (0 - 100).

Bifați în căsuța care indică modul în care vă simțiți acum:

☐ Nu mă simt mai bine.

☐ Mă simt ceva mai bine.

☐ Mă simt mult mai bine.

☐ Mă simt incomparabil mai bine.

În cazul în care vă simțiți tot atît de supărat ca și înainte, adresați-vă următoarele întrebări:

1. Oare am identificat corect evenimentul care mă deranjează?

Uneori nu reușiți să descoperiți ce vă supără cu adevărat. S-ar putea să vă dați seama despre ce e vorba dacă realizați o trecere în revistă a activităților pe care le-ați desfășurat în ultimele zile.

Descrieți încă o dată ce anume s-a petrecut. Unde vă aflați? Cînd s-a petrecut evenimentul? Era implicată și o altă persoană? Cine anume?

2. Doresc eu cu adevărat să-mi revizuiesc sentimentele legate de această situație?

Notați avantajele și dezavantajele ce derivă din modificarea trăirii afective.

3. Oare mi-am identificat în mod corect gîndurile negative automate?

4. Gîndurile raționale alternative sînt valide și suficient de convingătoare pentru a contracara gîndurile negative automate?

Gîndurile raționale alternative nu trebuie numai să fie credibile și realiste, ci și să le anuleze în mod eficient pe cele negative.

Doar atunci cînd ne vom convinge cu adevărat de faptul că gîndurile automate nu sînt reale, ne vom simți mai bine. De exemplu, Nicu este un tînăr care suferă de teama de a avea

relații intime cu sexul opus și, de aceea, ori de cîte ori se simte nervos și anxios, vizionează filme porno sau stabilește raporturi cu prostituate. Din acest motiv, tînărul are o părere foarte proastă despre sine și chiar gînduri suicidare („Sînt un nenorocit", „sînt un gunoi uman").

Care sînt distorsionările cognitive care apar aici?

Este vorba, pe de o parte, de suprageneralizare, pentru că Nicu extinde o caracteristică a comportamentului său la egoul său, iar pe de altă parte de etichetare (își atașează o etichetă negativă).

Atunci cînd subiectul se consideră un nenorocit, el se autoconvinge de faptul că nu este vrednic de dragoste și, ca atare, nu face decît să vizioneze în continuare filme porno și să se culce cu prostituate, pentru că în felul acesta se poartă „un nenorocit". Mai mult, rușinea și imaginea de sine scăzută îi vor îngreuia subiectului nostru tentativa de a începe o relație cu o femeie respectabilă, care îi place. El se va teme să-și asume riscul de a fi respins, pentru că i se pare de neconceput ca cineva să-l iubească.

Dacă subiectul va încerca să se autoaccepte, el va simți într-o măsură mai mare că este demn de dragoste și va descoperi în el însuși curajul de a risca „să se apropie de alți oameni".

Atunci cînd identificăm o distorsionare cognitivă nu este neapărat necesar să fim hiperexacți pentru că lista distorsionărilor cognitive elaborată de Burns (1989) are un caracter general și poate să nu se potrivească în totalitate unei situații concrete. Esențial este să descoperim măcar una sau două distorsionări cognitive în fiecare gînd negativ automat. Acest lucru ne va ajuta să dezvoltăm un mod mai rațional de gîndire.

Să presupunem că cineva vă critică, iar dumneavoastră vă supărați și gîndiți: „nimic din ceea ce fac eu nu este bine. Nu sînt bun de nimic."

În acest caz, distorsionările cognitive sînt:

- gîndire de tip „totul sau nimic";
- suprageneralizare;

- filtrare mentală;
- desconsiderarea pozitivului;
- amplificare;
- logică afectivă;
- etichetare;
- personalizare.

2. Căutarea şi verificarea dovezilor

După ce subiectul notează gîndul negativ şi identifică distorsionarea care stă la baza acestuia, el trebuie să se întrebe pe ce se bazează atunci cînd consideră adevărat respectivul gînd.

Mulţi oameni îşi închipuie că, dacă ei se simt rău, situaţia chiar se înrăutăţeşte, fără a verifica dacă acest lucru este adevărat. La o examinare mai atentă a faptelor, subiectul va începe să privească lucrurile din altă perspectivă.

Să examinăm, de pildă, gîndul:

„Eu nu fac niciodată nimic bine. Sînt un ratat."

În acest caz, subiectul trebuie să-şi adreseze întrebări de genul: „Oare este adevărat că eu nu fac nimic bine, niciodată? Care ar fi lucrurile în care excelez? Care sînt cele pe care nu le fac suficient de bine?"

În caz că există un dram de adevăr în critica pe care şi-o adresează subiectul în cauză, acesta poate să înveţe ceva din ea şi să se perfecţioneze în sensul adîncirii respectului de sine.

Tehnica unui caz similar

Atunci cînd avem gînduri excesiv de autocritice, este bine să ne adresăm următoarea întrebare:

„Oare ce sfat i-aş da unui prieten apropiat care seamănă mult cu mine şi are o problemă asemănătoare?"

Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că mulţi oameni manifestă tendinţa de a fi mult mai exigenţi cu propria persoană, decît cu altcineva. Astfel, dacă facem o greşeală, încli-

năm să ne autoblamăm, în schimb, dacă un prieten comite aceeaşi eroare, vom reacţiona mult mai suportiv.

Întrebat fiind de ce procedează aşa, subiectul ar putea răspunde că are standarde mai ridicate faţă de propria persoană şi că aceste standarde îl ajută să se autoperfecţioneze.

Terapeutul ar putea argumenta în continuare: „Tu îţi ridici ştacheta şi te străduieşti din toate puterile să faci lucrurile cît mai bine. Dar, oare nu doreşti ca şi prietenul tău să fie perfect? Atunci de ce nu i te adresezi cu cuvintele: «Eşti un prost şi un incapabil! Niciodată nu vei fi în stare de nimic!»?".

Răspunsul subiectului va fi, de regulă, acesta: „Asemenea vorbe sînt nerealiste şi nu-l vor ajuta pe prieten să se comporte mai bine, ci, dimpotrivă, îl vor deprima şi îl vor determina să abandoneze ceea ce a început."

Apoi terapeutul îl va determina pe pacient să conştientizeze faptul că acest lucru este valabil şi pentru el, încurajîndu-l să-i trateze pe toţi oamenii, inclusiv pe sine însuşi, cu aceeaşi exigenţă.

Tehnica experimentală

În cazul în care apare un gînd negativ, subiectul poate fi învăţat să verifice sub forma unui mic experiment, în ce măsură gîndul respectiv are o bază reală.

O tînără femeie care suferea de depresie era convinsă că nici unul din prietenii ei nu o mai agreează. În consecinţă, ea a început să nu mai iasă din casă şi să nu mai răspundă la telefon. După un timp, prietenii au încetat să mai telefoneze şi ea s-a convins tot mai mult că nu e demnă de dragoste.

Astfel de situaţii apar frecvent atunci cînd cineva este supărat pe o altă persoană, prieten sau membru al familiei. În loc să soluţioneze conflictul, subiectul îl evită, şi problema nu numai că nu dispare, dar se amplifică.

Pentru a experimenta în plan real trăirile pacientei sale, terapeutul i-a cerut acesteia să precizeze ce crede că s-ar întîm-

pla dacă ar telefona la 2–3 prieteni şi i-ar invita la masă. Pacienta a prezis că prietenii se vor scuza, pretextînd că sînt mult prea ocupaţi. Terapeutul a solicitat-o pe pacientă să le telefoneze respectivilor prieteni, pentru a obţine date reale.

La următoarea şedinţă de psihoterapie, pacienta şi-a exprimat surprinderea faţă de faptul că prietenii au acceptat invitaţia şi s-au arătat bucuroşi să o vadă, fapt ce contravenea gîndului negativ că nimeni nu o agreează.

Stilul de gîndire în nuanţe de cenuşiu

Pacientul este instruit să se întrebe dacă nu cumva gîndeşte de maniera „alb-negru", „totul sau nimic", stil de gîndire generator de anxietate, panică, mînie şi pesimism. Apoi acesta este invitat să evalueze situaţia, conform unei scale de la 0 la 100. Astfel, dacă sîntem convinşi că nimeni nu ne agreează, şi dacă notăm pe scala respectivă toate cunoştinţele şi prietenii, o să constatăm că aceştia vor ocupa aproape tot spaţiul scalei, majoritatea situîndu-se undeva pe la mijloc – unii ne iubesc mult, alţii aşa şi aşa, iar alţii puţin sau deloc.

De asemenea, această metodă îi ajută pe subiecţii perfecţionişti să renunţe să se aprecieze fie ca fiind infailibili, fie ca nefiind buni de nimic. Convingîndu-se de faptul că performanţele sale sînt înalte, dar nu excepţionale, subiectul îşi va admite mai uşor greşelile şi va învăţa din ele, fără a-şi pierde autostima.

Metoda interviului

Putem evalua veridicitatea gîndurilor negative întrebîndu-ne dacă şi alţi oameni ar fi de părere că respectivul gînd este adevărat.

Un pacient suferea foarte mult atunci cînd se certa cu soţia sa, pentru că, după părerea lui, cei ce iubesc nu trebuie să se certe niciodată.

Terapeutul i-a sugerat să întrebe mai mulţi prieteni, cunoscuţi pentru mariajele lor fericite, dacă se ceartă cu parte-

nerele de viață. Pacientul a fost surprins să constate că, în aproape toate situațiile, certurile erau ceva obișnuit.

Definirea termenilor (Metoda reducerii la absurd)

Persoana care se confruntă cu un gînd negativ este instruită să-şi adreseze întrebări de tipul:

„Ce înțeleg eu oare prin aceasta?"

„Nu recurg cumva la etichetări vagi, lipsite de sens?"

Metoda este utilă mai ales în cazurile în care subiectul se etichetează ca „ratat", „un nimic", „o ființă care nu face doi bani" etc.

La o examinare mai atentă, se constată că etichetele respective sînt lipsite de sens şi nu se i potrivesc persoanei în cauză. De pildă, cineva care a făcut o greşeală îşi poate spune: „sînt un prost".

Încercînd să definim noțiunea de „prost", ajungem la concluzia că este „un om care face o prostie".

Continuînd raționamentul, constatăm că această definiție se potriveşte tuturor oamenilor, pentru că orice om a făcut, măcar o dată în viață, o prostie.

Dacă subiectul ajunge la concluzia că toți oamenii sînt proşti, atunci eticheta pe care şi-a pus-o nu mai are semnificație, pentru că el nu se deosebeşte cu nimic de semenii săi.

Terapeutul îl ghidează pe pacient să persevereze în exercițiile de logică.

Dacă pacientul înțelege prin noțiunea de „prost" o persoană care face prostii mai frecvent decît altele, se pune următoarea problemă: mai frecvent decît cine, mai frecvent în raport cu ce procent din populație?

Subiectul poate argumenta că un prost este acela care face prostii mai des decît jumătate din omenire.

O dată ajuns aici, pacientul intră într-o altă capcană logică pentru că el afirmă că jumătate din omenire, adică două

miliarde de oameni sînt proşti. Mai mult, el a realizat o împărţire arbitrară a oamenilor, în „proşti" şi „deştepţi". Subiectul în cauză îşi poate imagina că se plimbă prin mulţime şi încearcă să identifice oamenii „proşti" şi pe cei „deştepţi". Oricît s-ar strădui să definească noţiunea de „prost", subiectul va ajunge la concluzii absurde, pentru că noţiunea de „prost" este o abstracţiune, în sensul că în realitatea obiectivă se pot întîlni doar comportamente prosteşti.

Din acest motiv, este mult mai productiv ca persoana să se concentreze asupra a ceea ce face şi ce are de făcut pentru a evolua, decît asupra unui lucru ipotetic.

În cazul în care situaţia lasă de dorit, ar fi bine să ne întrebăm cum am putea să acţionăm diferit data viitoare.

Metoda semantică

Reprezintă o tehnică de combatere a afirmaţiilor categorice de tipul „trebuie".

Pacientul este instruit să substituie afirmaţiile categorice („trebuie neapărat") cu afirmaţii mai puţin încărcate afectiv, de genul: „ar fi bine să"; „ar fi preferabil"; „ar fi de dorit". Astfel, în loc să-şi spună „trebuie neapărat să ţin o cură de slăbire", pacientul ar putea gîndi: „aş obţine unele avantaje dacă aş ţine regim de slăbire".

Aceste afirmaţii contribuie la modificarea coloraturii emoţionale a problemei, care devine mai puţin catastrofală.

Subiectul încetează să-şi mai adreseze cerinţe absolutiste şi absurde şi se concentrează mai ales asupra obiectivelor de viaţă. Această metodă îl determină să renunţe la remarcele cu caracter autocritic.

În cazul în care subiectul se autopedepseşte, afirmînd de pildă că nu ar trebui să se teamă să ia cuvîntul în public, starea lui se va deteriora şi mai mult, deoarece se va simţi vinovat şi neliniştit din cauza trăirii sale anxioase.

Există şi afirmaţii de tipul „trebuie" care vizează evenimente externe sau alte persoane. Astfel, dacă ne spunem că trenul „trebuie" să sosească la timp, ne simţim furioşi şi frustraţi, iar trenul tot va avea întîrziere.

E preferabil ca persoana în cauză să-şi spună: „Ar fi bine dacă trenul ar sosi la timp, dar el are întîrziere, ceea ce este neplăcut, dar nu cred că-i un cap de ţară!"

Reatribuirea

Una dintre cele mai răspîndite distorsionări cognitive este „personalizarea" şi auto-blamarea pentru diverse probleme de care persoana nu poate fi făcută responsabilă.

Această distorsionare se contracarează uneori prin atribuirea cauzelor care au produs situaţia respectivă altor evenimente, şi nu propriilor deficienţe. Subiectul este instruit să se întrebe ce alţi factori au mai contribuit la situaţia respectivă, în afară de propriile greşeli. Obiectivul metodei nu-l constituie determinarea individului de a-şi ignora posibilele erori, ci evaluarea mai obiectivă a cauzelor situaţiei create.

Un tînăr pacient a devenit depresiv în momentul în care a constatat că soţia sa şi-a pierdut interesul pentru viaţa sexuală.

„Ea nu mă mai iubeşte! Nu mai sînt bun de nimic!" erau gîndurile care îi declanşau dispoziţia depresivă.

Terapeutul l-a învăţat pe pacient să analizeze mai atent situaţia şi să identifice şi alte cauze care ar fi putut produce scăderea interesului soţiei pentru actul sexual, cum ar fi: o infecţie locală, o stare depresivă, sau absenţa unei comunicări deschise dintre parteneri, soţia exprimîndu-şi supărarea în această manieră indirectă.

O dată identificată cauza reală, pacientul va putea găsi şi soluţia adecvată a problemei.

Analiza costurilor şi beneficiilor

Această tehnică abordează gîndurile negative din perspectiva motivației, şi nu a veridicității respectivelor gînduri.

Subiectul va fi învățat să se întrebe ce va avea de cîştigat şi ce va pierde dacă va menține gîndul negativ. Analiza costurilor şi beneficiilor face posibilă evaluarea avantajelor şi dezavantajelor stărilor afective patologice, a gîndurilor negative, precum şi a convingerilor disfuncționale în legătură cu propria persoană, care îl demobilizează pe pacient.

Subiecții doritori să se autoperfecționeze trebuie să aplice în mod flexibil şi creativ tehnicile de combatere a gîndurilor negative, cunoscut fiind faptul că o tehnică poate da rezultate foarte bune într-o situație şi mai puțin bune în alta.

Tehnicile cognitiv-comportamentale pot fi utilizate atît de către psihoterapeuți calificați, în cabinete de specialitate, pentru tratamentul unor tulburări nevrotice şi psihosomatice, cît şi pentru pregătirea psihologică a sportivilor de performanță, a managerilor, militarilor cu misiuni speciale, precum şi a tuturor persoanelor ce-şi desfăşoară activitatea în condiții de stres şi care doresc să-şi optimizeze performanțele şi să se bucure de o stare mai bună de sănătate fizică şi psihică.

Același autor afirmă că există mai multe forme de vorbire interioară, care reflectă diverse tipuri de instanțe psihice denumite „subpersonalități". În descrierea acestora, el porneşte de la lucrarea lui Wilson: *Nu intrați în panică: Controlați-vă atacurile anxioase:* „Îngrijoratul", „Hipercriticul" şi „Persoana lipsită de speranță".

Subpersonalitățile descrise de Bourne (1995, p. 175) sînt următoarele:

1. „Îngrijoratul" (produce anxietate)

Această instanță este cea mai puternică subpersonalitate la subiecții înclinați spre anxietate. Ei creează anxietatea imaginîndu-şi scene care reprezintă catastrofe sau dezastre şi

adresîndu-şi întrebări cu conţinut anxiogen: „ce va fi dacă voi face un atac de cord ?"; „ce vor crede ceilalţi despre mine ?" etc.

„Îngrijoratul" anticipează tot ce este mai rău, supraestimează dimensiunile şi consecinţele evenimentelor negative şi creează imagini cu conţinut terifiant.

Subiectul la care predomină această subpersonalitate este mereu vigilent, atenţia sa fiind în mod continuu îndreptată spre cel mai mic simptom sau semn că s-ar putea produce ceva rău.

Întrebarea sa favorită este „ce va fi dacă ...?"

2. „Hipercriticul" (generează autostimă scăzută)

„Hipercriticul" reprezintă acea parte a personalităţii noastre care ne evaluează şi ne judecă în mod constant comportamentul şi performanţele, punînd permanent în evidenţă neajunsurile şi eşecurile. Hipercriticul poate produce şi anxietate, pentru că ne spune permanent că nu sîntem capabili să ţinem simptomele sub control, nu putem să frecventăm anumite locuri, nu obţinem performanţe înalte şi sîntem dependenţi de alte persoane. Această subpersonalitate are şi tendinţa de a-l compara pe subiect cu ceilalţi, pe care îi găseşte totdeauna superiori, şi de a-i ignora calităţile, scoţîndu-i în evidenţă slăbiciunile şi defectele.

Expresia sa favorită este: „nu eşti bun de nimic"; „eşti un ratat!"

3. „Victima" (induce depresie)

„Victima" reprezintă acea parte a personalităţii noastre care se simte neajutorată şi lipsită de speranţă. Ea generează anxietate fiindcă îi „spune" subiectului că nu progresează suficient, că suferă de o boală incurabilă, că drumul spre vindecare este mult prea lung şi dificil pentru a avea vreo şansă de refacere. Subpersonalitatea denumită „victimă" produce şi depresie, pentru că îl informează pe subiect că ceva este în neregulă cu el, că are o deficienţă majoră, că nu merită să se vindece. „Victima" întrezăreşte doar obstacole insurmontabile, se plînge şi „regretă" faptul că lucrurile sînt aşa cum sînt.

Expresiile favorite ale acestei subpersonalități sînt: „eu nu pot...";„niciodată nu voi fi capabil să ...."; „nu are nici un rost să mai încerc" etc.

4. „Perfecționistul" (provoacă stres cronic și epuizare)

„Perfecționistul" se aseamănă ca subpersonalitate cu „hipercriticul", dar primul e mai preocupat să impulsioneze subiectul să facă lucrurile cît mai bine, și nu să-l demobilizeze prin intermediul criticii. Această subpersonalitate generează anxietate pentru că-i „spune" în permanență persoanei că nu face suficiente eforturi, că ar trebui să lucreze mai mult, să țină lucrurile sub control, să fie mereu competent etc. Perfecționistul este intolerant față de greșelile noastre și caută să ne convingă de faptul că valoarea noastră personală depinde de factori exteriori, cum ar fi realizările profesionale, banii, statutul social, acceptarea de către ceilalți, sau de abilitatea de a ne face iubiți și de a fi pe plac celorlalți, indiferent de situație.

„Perfecționistul" nu înțelege faptul că persoana poate avea valoare prin ea însăși și o împinge în direcția stresului și suprasolicitării, ignorînd semnalele de alarmă ale organismului.

Expresiile favorite ale acestei subpersonalități sînt: „eu trebuie să fac totul perfect", „eu trebuie să am bani, poziție socială, să obțin aprobarea celorlalți" etc.

Bourne (1995) îi învață pe subiecții anxioși să identifice gîndurile negative generate de fiecare subpersonalitate și apoi să le înlocuiască cu gînduri raționale alternative.

Iată un exemplu care ilustrează modul în care subpersonalitățile produc gînduri negative referitoare la diverse domenii ale existenței subiectului (Bourne, 1995 pp. 177-178).

„Îngrijoratul"

Activitatea profesională:

„Ce se va întîmpla dacă șeful o să afle că sînt agorafobică? Dacă voi fi concediată?"

Relaţii interpersonale:

„Soţul meu s-a plictisit să mă însoţească peste tot. Ce se va întîmpla dacă el va refuza s-o mai facă şi dacă mă va părăsi?"

Simptome legate de anxietate:

„Ce se va întîmpla dacă ceilalţi îşi vor da seama de panica mea? Dacă mă vor crede nebună?"

Situaţii fobice:

„Ce va fi dacă voi fi implicată într-un accident pe autostradă?"

„Criticul"

Activitatea profesională:

„Sînt incompetentă din cauza bolii mele".

Relaţii interpersonale:

„Sînt o povară pentru soţul meu".

Simptome legate de anxietate:

„Sînt atît de slabă. Mă simt dărîmată atunci cînd mi-e rău."

Situaţii fobice:

„Oricine e în stare să conducă maşina. Mă simt o ratată."

„Victima"

Activitatea profesională:

„Situaţia mea la serviciu este sub orice critică. Mai devreme sau mai tîrziu voi fi concediată."

Relaţii interpersonale:

„Nu mă pot descurca fără prietenul meu".

Situaţii fobice:

„Este inutil să mă mai prezint la interviuri pentru ocuparea unor posturi. Nimeni n-o să mă angajeze cînd o să vadă cît sînt de speriată."

„Perfecţionistul"

Activitatea profesională:

„Trebuie să fiu în stare să vînd produsele acestea, indiferent cît de speriată mă simt"

Relații interpersonale:

„Nu trebuie să depind de soțul meu și de nici o altă persoană care să mă însoțească în diverse locuri".

Simptome legate de anxietate:

„Trebuie, cu orice preț, să fiu capabilă să opresc gîndurile negative care îmi trec prin minte".

Situații fobice:

„Este obligatoriu să învăț să conduc mașina la fel ca orice altă persoană".

Pacientul trebuie să identifice modul în care fiecare subpersonalitate îi influențează modul de a gîndi, simți și acționa, punînd în evidență care dintre ele este mai puternică și joacă rolul dominant în producerea tulburărilor emoționale.

Modalitatea cea mai eficientă de a lupta contra gîndurilor negative disfuncționale constă în înlocuirea acestora cu afirmații pozitive, cu caracter suportiv.

Subiectului i se cere să noteze afirmațiile pozitive înlocuitoare și apoi să le repete de mai multe ori. În cazul în care gîndurile negative sînt foarte puternic fixate, pentru că subiectul și le-a repetat ani de-a rîndul, este necesar ca acestea să fie combătute prin intermediul contraargumentării de tip socratic. Astfel, pacientul trebuie să-și adreseze întrebări de tipul:

„Ce dovadă am că acest gînd are o bază reală?"

„Este acest lucru totdeauna adevărat?"

„A fost acest lucru adevărat și în trecut?"

„Care sînt argumentele că acest lucru se va întîmpla?"

„Care este cel mai rău lucru care se poate întîmpla?"

„Oare sesizez eu toate aspectele problemei?"

„Sînt eu oare pe deplin obiectiv?"

Iată un alt exemplu (Bourne, 1995, p. 180):

„Îngrijoratul"

„Ce va fi dacă o să fac un atac de cord atunci cînd o să mă cuprindă din nou panica?"

Întrebare: „Care este dovada că atacurile de panică generează atacuri de cord?"

Răspuns: „Nici una!"

Afirmație alternativă: „Atacul de panică, oricît de neplăcut ar fi, nu este periculos pentru inima mea. Pot să las atacul de panică să se amplifice și apoi să dispară, fără ca inima mea să sufere."

Îndrumări pentru identificarea și contracararea vorbirii interioare cu conținut negativ

(Bourne, 1995, p. 199)

Vorbirea interioară cu conținut negativ nu reprezintă altceva decît o acumulare de deprinderi psihologice greșite. Aceste deprinderi pot fi destructurate dacă se respectă următorii pași:

1. Identificarea

Pacientului i se cere să se autoobserve și să se surprindă pe sine însuși atunci cînd gîndește negativ. El trebuie să conștientizeze factorii precipitanți sau pe cei care agravează vorbirea interioară cu conținut negativ. De pildă, ori de cîte ori subiectul se simte anxios, inclusiv la debutul unui atac de panică, el trebuie să acorde atenție subpersonalității denumite „Îngrijoratul" și să identifice distorsionările cognitive, cum ar fi supraestimarea pericolului și catastrofizarea.

De asemenea, atunci cînd persoana anticipează faptul că va trebui să se confrunte cu o sarcină dificilă sau cu o situație fobică, subpersonalitatea „Îngrijoratul" se manifestă prin aceleași tipuri de distorsionări cognitive.

În cazul în care subiectul face o greșeală și are tendința să-și adreseze critici, el trebuie să fie atent la subpersonalitatea „Criticul" și la distorsionările cognitive aferente: suprageneralizarea, filtrarea mentală și afirmațiile de tipul „trebuie neapărat".

Dacă pacientul se simte deprimat sau descurajat, este necesar să observe subpersonalitatea numită „Victima" şi distorsionările: supraestimarea negativului, catastrofizarea, filtrarea mentală şi suprageneralizarea.

În situaţia în care acesta este furios pe sine însuşi sau pe ceilalţi, el trebuie să se orienteze spre subpersonalităţile „Criticul", „Perfecţionistul" şi spre toate distorsionările cognitive descrise mai sus, iar atunci cînd simte ruşine şi culpabilitate, e necesar ca atenţia sa să se îndrepte în special asupra „Perfecţionistului" şi asupra afirmaţiilor de tipul „trebuie neapărat".

2. Formularea unor întrebări cu caracter provocator la adresa gîndurilor negative disfuncţionale:

„Ce îmi spun în gînd cînd mă simt astfel?"

„Chiar doresc să-mi fac acest lucru mie însumi?"

„Chiar doresc să mă simt stresat?"

Dacă răspunsul la ultimele întrebări este negativ, se poate trece mai departe.

Un răspuns afirmativ s-ar putea explica prin faptul că subiectul nu e în măsură să-şi exprime sentimentele.

Dacă persoana este prea supărată pentru a duce la bun sfîrşit demersul de identificare şi contracarare a gîndurilor negative, e necesar să-şi acorde un anumit răgaz pentru a conştientiza şi a-şi exprima propriile trăiri. În cazul în care aceasta nu are cui să-şi împărtăşească sentimentele, este bine să şi le noteze într-un jurnal.

Cineva poate „dori" să rămînă anxios şi datorită tendinţei sale de a menţine totul sub control. Persoana respectivă poate anticipa producerea unor catastrofe şi, din acest motiv, hipervigilenţa îi conferă un sentiment sporit de autocontrol. Din nefericire însă, supraîncordarea nu face decît să amplifice anxietatea, pînă la senzaţia de pierdere a autocontrolului. Singura modalitate de a ieşi din acest cerc vicios este relaxarea.

3. Relaxarea

Se recomandă practicarea respiraţiei abdominale calmante şi destinderea musculară după metoda lui Schultz, Jacobson sau după metode combinate.

4. Notarea gîndurilor negative disfuncţionale

După ce subiectul a reuşit să se relaxeze suficient, i se va cere să noteze pe o foaie de hîrtie ce gînduri îi trec prin minte atunci cînd se simte speriat, deprimat, vinovat etc.

Îndeplinirea acestei sarcini presupune un anumit exerciţiu, pentru ca subiectul să înveţe să realizeze distincţia dintre gînduri şi stări afective.

La început, i se poate cere să noteze stările afective, şi apoi gîndurile care stau la baza lor, după modelul:

Emoţie	*Gînd*
„mă simt speriat"	„nu voi putea face faţă acestei situaţii".

5. Identificarea tipului de vorbire interioară cu conţinut negativ

Subiectul va încerca să identifice subpersonalitatea dominantă generatoare de distorsionări cognitive şi care sînt acestea din urmă.

6. Înlocuirea gîndurilor negative automate cu afirmaţii (gînduri) alternative pozitive

Pacientul va răspunde fiecărui gînd negativ notînd un gînd alternativ raţional. Aceste gînduri alternative se vor formula la persoana întîi, la timpul prezent, fără să conţină negaţii; de asemenea, credibilitatea lor este foarte importantă pentru persoana în cauză.

În multe situaţii, se recomandă ca subiectul să combată gîndurile negative prin intermediul întrebărilor specifice dialogului socratic.

Există însă şi cazuri cînd persoana poate declanşa un gînd pozitiv alternativ în mod spontan.

Gîndurile alternative raţionale pot fi transformate şi în sugestii care se administrează subiectului în stare de relaxare sau sub hipnoză, ceea ce le sporeşte eficienţa şi contribuie la scurtarea duratei terapiei.

Convingerile disfuncționale

Pacienții și în general toate persoanele care suferă de tulburări emoționale se întreabă adesea de unde provin gîndurile negative.

În majoritatea cazurilor, la baza lor pot fi identificate o serie de atitudini și convingeri pe care subiectul le are față de sine însuși, față de ceilalți și față de viață în general.

Aceste convingeri sînt achiziționate încă din copilărie, în urma interacțiunii cu părinții, profesorii, copiii de aceeași vîrstă și cu societatea în ansamblul său. Ele sînt atît de profunde și, de cele mai multe ori, neconștientizate, încît subiectul nici nu le mai consideră convingeri, ci realități incontestabile.

Convingerile disfuncționale pot fi exprimate în următorii termeni: „viața este o luptă", „eu nu sînt bun de nimic" sau „trebuie totdeauna să mă port frumos cu ceilalți, indiferent de ceea ce simt eu" și stau adesea la baza tulburărilor anxioase, depresive, precum și a comportamentului ineficient. Astfel, subiectul își vorbește în limbaj interior, prognozînd dezastre (gînduri de tipul „ce va fi dacă"), criticîndu-se permanent sau fixîndu-și standarde de neatins.

Așa cum am mai subliniat, în spatele acestui limbaj interior stau convingerile disfuncționale cu privire la lume și viață.

Convingerile negative disfuncționale stabilesc limita autostimei și sentimentului valorii personale ale subiectului. Multe din aceste convingeri au la bază ideea că valoarea personală a subiectului depinde de ceva exterior, cum ar fi statutul social, bogăția, dragostea altei persoane sau de aprobarea socială în general („valoarea mea este conferită de realizările mele", „eu nu valorez nimic dacă nu sînt iubit de persoana X" etc.).

Terapeuții cognitiviști susțin că subiecții cu probleme emoționale trebuie să conștientizeze caracterul intrinsec al valorii unei ființe umane, aceasta rezultînd din simplul fapt că individul există.

Multe din convingerile disfuncționale sînt inoculate de către părinți, care fac afirmații de tipul: „băieții mari nu plîng", „fetele cuminți nu se înfurie" etc. Alteori, subiectul își formează o atitudine față de sine care nu este altceva decît rezultatul criticilor frecvente, al ignorării sau respingerii suferite din partea celorlalți („sînt lipsit de valoare", „dorințele mele nu contează", „nu merit să fiu iubit").

Din nefericire însă, aceste atitudini disfuncționale devin atît de interiorizate încît cei din jur chiar ajung să-l trateze așa cum se crede.

Bourne (1995) afirmă faptul că ființele umane pot fi programate la fel ca și calculatoarele, astfel încît convingerile disfuncționale să devină profeții autoîmplinite.

Același autor (Bourne, 1995, p. 209) ne prezintă o listă cuprinzînd cele mai răspîndite convingeri și atitudini disfuncționale, precum și afirmațiile menite să le înlocuiască în cadrul demersului cognitiv-comportamental.

1. Sînt lipsit de forță. Sînt victima împrejurărilor

Afirmații: Sînt responsabilul propriului meu destin și dețin controlul acestuia. Împrejurările de viață sînt cum sînt, dar eu pot să-mi controlez atitudinea față de acestea.

2. Viața este o luptă. Ceva trebuie să fie în neregulă dacă viața pare prea ușoară, plăcută sau amuzantă.

Viața este plăcută și amuzantă.

Este bine să mă relaxez și să mă distrez.

Viața reprezintă o aventură și eu învăț să-i accept urcușurile și coborîșurile.

3. Dacă îmi voi asuma riscul, voi pierde. Dacă voi pierde, ceilalți mă vor respinge.

Este bine pentru mine să-mi asum riscuri.

Nu strică nici să pierd, pentru că pot învăța o mulțime de lucruri din greșelile mele.

Este bine pentru mine să am succes.

4. Sînt o persoană lipsită de importanță. Sentimentele și dorințele mele nu contează.

Sînt o persoană unică și valoroasă.

Merit ca dorințele și sentimentele mele să fie luate în considerație, la fel ca și acelea ale altor oameni.

5. Trebuie să arăt totdeauna bine și să mă port frumos, indiferent de starea mea de spirit.

Este foarte bine să fiu eu însumi.

6. Dacă îmi fac suficiente griji, situația se va îmbunătăți sau se va rezolva.

Îngrijorarea nu are nici o influență asupra problemei, ci doar acțiunile mele exercită o asemenea înrîurire.

7. Nu pot face față unor situații dificile sau amenințătoare.

Pot învăța să mă confrunt cu orice situație dificilă sau amenințătoare, dacă o abordez treptat, în pași mici.

8. Lumea exterioară este amenințătoare. Doar situațiile familiare și cunoscute sînt sigure.

Pot învăța să mă simt mai bine atunci cînd intru în contact cu lumea exterioară.

Mă bucur de posibilitățile de a învăța ceva și de a evolua pe care mi le oferă lumea exterioară.

Prima etapă a demersului terapeutic și autoformativ constă în identificarea modelului de convingeri disfuncționale specifice subiectului, cea de-a doua implică procesul de construire și implementare a afirmației pozitive, menite să înlocuiască convingerea negativă. Afirmația pozitivă alternativă se va exersa pînă cînd se va realiza reprogramarea subiectului în direcția gîndirii pozitive.

După ce a identificat acele convingeri negative disfuncționale care au o importanță mai mare în existența sa, subiectul trebuie să-și adreseze întrebări cu caracter provocator, pentru a constata cît de mult „crede" el în adevărul convingerilor respective.

Bourne (1995, p. 214) ne prezintă cîteva modele de întrebări pentru verificarea veridicității convingerilor negative:

1. Care este dovada că această convingere este adevărată? Dacă îmi analizez cu obiectivitate experiențele de viață, cum pot dovedi veridicitatea convingerii mele?
2. Oare această convingere este totdeauna adevărată pentru mine sau numai uneori?
3. Oare convingerea mea ține seama de toate aspectele problemei atît pozitive cît și negative?
4. Contribuie oare convingerea respectivă la liniștea mea sufletească?
5. Mi-am format convingerea respectivă singur sau ea mi-a fost indusă de părinți?

Același autor ne oferă cîteva exemple de combatere a convingerilor negative disfuncționale.

I. Convingere negativă: „Sînt slab și neajutorat."

Adresarea întrebărilor cu caracter provocativ

1. Care este dovada că lucrurile stau așa?
2. Acest lucru este totdeauna adevărat pentru mine?
3. Oare această convingere contribuie la confortul meu fizic și psihic?

Contraargumentare

1. Care este dovada că lucrurile stau cu adevărat așa?

„Deși mă simt adesea slab sau neajutorat, aceasta nu înseamnă că sînt totdeauna așa. În definitiv, pot cere ajutorul pentru a-mi însuși strategiile specifice pentru depășirea unor obstacole. Mai mult, beneficiez de sprijinul familiei și prietenilor care mă susțin în multe situații. Dacă stau să mă gîndesc bine, nu există o dovadă foarte evidentă a faptului că sînt slab și neajutorat."

2. Este acest lucru totdeauna valabil pentru mine?

„Sînt unele zile în care mă simt într-adevăr slab și neajutorat, dar am și zile mai bune, cînd mă simt mai capabil și mai optimist, deci nu este adevărat că mă simt totdeauna astfel."

3. Oare contribuie această convingere la confortul meu fizic şi psihic?

„Convingerea că sînt slab şi neajutorat îmi distruge încrederea în mine şi speranţa că mă voi vindeca. O astfel de credinţă nu mă ajută să fiu mai sănătos şi mai liniştit."

Afirmaţii pozitive care înlocuiesc convingerile negative:

„Am încredere în mine însumi."

„Cred că am capacitatea de a depăşi problemele mele emoţionale."

II. Convingere negativă:

„Rezultatele şcolare sau realizările mele profesionale sînt de o importanţă majoră pentru mine."

„În afară de acestea, nimic nu contează."

Întrebări:

1. Este oare această convingere totdeauna adevărată?
2. Se referă oare această convingere la toate aspectele problemei?
3. Contribuie oare această convingere la confortul meu fizic şi psihic?
4. Mi-am format oare această convingere singur sau mi-a fost inoculată în copilărie?

Contraargumentare:

1. Este oare această convingere totdeauna adevărată pentru mine?

„Nu, pentru că mai există şi alte aspecte importante ale existenţei mele. Rezultatele obţinute la şcoală sau la serviciu sînt cu siguranţă importante, dar nu 24 de ore din 24 sau 7 zile pe săptămînă.

2. Se referă oare această convingere la toate aspectele problemei?

„Desigur că rezultatele de la şcoală sau de la serviciu sînt importante (trebuie să învăţ bine pentru a obţine o diplomă sau trebuie să lucrez bine pentru a-mi păstra serviciul şi chiar

pentru a promova). Aceste realizări nu atîrnă însă mai greu în balanță în raport cu sănătatea, liniștea sufletească sau familia. În cazul în care le acord o importanță majoră, acest lucru va conduce la un stil de viață unilateral și nesănătos."

3. Contribuie oare această convingere la ameliorarea stării de sănătate fizică și psihică?

„Din motivele mai sus-menționate, trebuie să recunosc că o centrare exclusivă pe învățătură sau profesie este nesănătoasă."

4. Mi-am format această convingere singur sau mi-a fost inoculată din copilărie?

„Părinții mei au avut succes în profesie și s-au așteptat ca eu să le urmez exemplul. Trebuia să iau totdeauna note mari pentru a obține aprobarea lor și eram permanent criticat dacă primeam note mai mici de 8. Atitudinea mea legată de faptul că profesia trebuie să stea pe primul loc mi-a fost impusă de părinți, nu mi-am ales-o singur."

Afirmații pozitive:

„Performanțele mele sînt importante, dar tot atît de importante sînt și alte aspecte ale vieții mele."

„Voi învăța să îmbin în mod eficient munca cu distracția."

Pentru ca afirmațiile pozitive să fie cît mai eficiente, este necesar ca ele să îndeplinească următoarele caracteristici:

1. Să fie scurte, simple și directe.

„Eu am încredere în mine" este o afirmație mai eficientă decît: „Eu am o serie de calități pe care mă bazez."

2. Afirmațiile trebuie să fie exprimate la timpul prezent sau să reflecte un proces în desfășurare, proces care a început deja. „Eu mă concentrez foarte bine" sau „Începînd de azi, atenția mea devine tot mai bună."

3. Se recomandă, pe cît posibil, evitarea exprimărilor cu conținut negativ. Astfel, în loc să spunem „eu nu mai fac greșeli", putem spune „este bine pentru mine să fac din cînd în cînd și greșeli".

4. Afirmațiile pozitive trebuie să se refere la o realitate posibil de atins și să nu aibă un caracter utopic. De pildă, este nerealist să spunem că nu ne vom mai supăra cînd vom fi criticați. Mult mai indicată ar fi afirmația: „Accept critica constructivă și încerc să învăț din ea".

5. Este necesar ca afirmațiile pozitive să fie administrate sau autoadministrate de un număr suficient de mare de ori (să aibă un caracter repetitiv).

6. Afirmațiile pozitive sînt mult mai ușor de inoculat în cazul în care se administrează în stare de relaxare sau hipnoză.

Alte tehnici de luptă împotriva convingerilor negative

Tehnica săgeții verticale

(Burns, 1989, p. 122)

Această tehnică constă în aceea că subiectul acceptă convingerile disfuncționale și urmărește unde duc ele, respectiv ce obstacole creează în calea autostimei, intimității și productivității.

La început, subiectul va identifica gîndurile negative în legătură cu o anumită situație.

Să presupunem că un student aflat în sesiune gîndește astfel: „dacă n-o să învăț mai mult, o să cad la examen".

Astfel de gînduri îl determină să devină supraîncordat și să aibă dificultăți de concentrare a atenției.

Subiectul este învățat să analizeze din aproape în aproape consecințele gîndului negativ, astfel:

Gînd negativ automat

1. Dacă nu învăț mai mult, o să cad la examen.

Dacă acest lucru ar fi adevărat, ce ar însemna asta pentru mine? De ce m-ar supăra acest lucru?

2. Dacă voi cădea la examen, nu voi promova anul de studiu.

Dacă nu promovez anul, de ce va fi lucrul acesta atît de neplăcut pentru mine?

3. Aceasta va însemna că sînt „un ratat", iar ceilalți vor avea o părere proastă despre mine.

Și dacă sînt „un ratat", iar ceilalți au o părere proastă despre mine, de ce mă supără acest lucru?

4. Atunci mă voi simți îngrozitor, deoarece am nevoie de aprobarea oamenilor pentru a mă simți valoros și fericit.

După ce subiectul a notat cît mai multe gînduri negative, el este instruit să se întrebe:

„Ce-mi spun aceste gînduri negative despre sistemul lor de norme și valori?"

„Care sînt convingerile mele de bază în legătură cu fericirea și autostima?"

Urmează identificarea convingerilor tacite care stau în spatele gîndurilor negative.

În exemplul de mai sus, acestea sînt:

1. „Trebuie să am totdeauna succes pentru a fi o persoană valoroasă, iubită şi respectată de ceilalţi."
2. „Trebuie să obţin aprobarea tuturor pentru a mă considera o persoană valoroasă."
3. „Dacă eşuez în vreo acţiune, va fi o catastrofă."

Subiectul în cauză suferă de autostimă scăzută, avînd o teamă disperată de eşec, de a fi abandonat, precum şi o mare nevoie de aprobare.

O dată identificate convingerile disfuncţionale tacite, pacientul trebuie să-şi adreseze următoarele întrebări:

1. „Este în avantajul meu să nutresc astfel de convingeri? Care sînt consecinţele pozitive şi negative ale acestor convingeri?"
2. „Este oare realist acest mod de gîndire? Este adevărată convingerea mea disfuncţională?"
3. „Ce se va întîmpla dacă voi fi confruntat cu situaţia care îmi produce cea mai mare teamă?" „Se va sfîrşi oare lumea dacă îmi voi schimba atitudinea?"

Se va aplica în continuare analiza costurilor şi beneficiilor pentru evaluarea fiecărei convingeri tacite, notîndu-se avantajele şi dezavantajele care decurg din menţinerea acesteia.

Să analizăm în continuare convingerea disfuncţională: „trebuie să am totdeauna succes în viaţă pentru a fi o persoană valoroasă".

Care vor fi avantajele unei astfel de convingeri? Trebuie remarcat faptul că întrebarea nu se referă la avantajele pe care le are cineva dacă obţine succese, ci la măsura în care persoana se autostimează pe baza succeselor obţinute.

Subiectul va nota respectivele avantaje pe o foaie de hîrtie:

1. „Voi lucra cît mai bine, pentru a obţine succese."
2. „Sistemul meu propriu de valori va fi asemănător cu al altor persoane." (De altfel, mulţi oameni cred că cu cît vor avea mai mult succes, cu atît vor fi mai valoroşi).

3. „Viața îmi va părea simplă și clară pentru că voi ști exact ce am de făcut pentru a deveni o persoană valoroasă."
4. „Atunci cînd voi reuși, mă voi simți bine deoarece voi gîndi: «Sînt valoros pentru că am obținut nota 10 sau pentru că am fost promovat»."

Prezentăm în continuare dezavantajele convingerii disfuncționale:

1. „Voi fi totdeauna în alertă, pentru că trebuie să lupt și să-mi cîștig autostima". Subiectul nu se va simți niciodată valoros în plan interior, pentru că el nu va ști cu certitudine niciodată dacă va continua să aibă succes.
2. „Voi fi foarte anxios și voi evita să fac orice efort creativ, de tamă de eșec."
3. „Dacă voi eșua în întreprinderea vreunei acțiuni, mă voi simți foarte deprimat deoarece voi considera că nu sînt valoros și demn de dragoste."
4. „Chiar atunci cînd reușesc ceva, mă voi simți inferior altor persoane care sînt mai inteligente și au și mai mult succes; totdeauna se va găsi cineva care să realizeze un lucru mai bine decît mine."
5. „Nu mă voi putea preocupa în mod real de ceea ce doresc în viață, pentru că voi fi obsedat de ideea de succes și de aprobare din partea celorlalți. În consecință, voi deveni tot mai nefericit și voi avea tot mai puțin succes comparativ cu situația în care aș avea încredere în mine și mi-aș urmări obiectivele care mi se par cu adevărat importante."

În cazul în care subiectul decide că menținerea atitudinii disfuncționale este dezavantajoasă, el va trebui s-o modifice.

Noua atitudine, mai constructivă, ar putea fi descrisă astfel:

„Este important pentru mine să fiu productiv și să fac lucrurile cît mai bine. Uneori, lucrurile se vor desfășura bine,

Activitatea	*Satisfacție presupusă* %	*Satisfacție trăită efectiv* %	*Eficiența activității* (Notați cît de bine ați realizat lucrul respectiv)
Să repar o țeavă la bucătărie	20	99 (Chiar am reușit.)	20 (Mi-a luat mult timp și am făcut o grămadă de greșeli.)
Să țin un curs în fața studenților	70	50 (Nu m-am simțit încîntat de performanța mea.)	98 (Ca de obicei, am fost aplaudat.)
Să joc cu fiul meu în vîrstă de 16 ani un joc pe calculator	75	90 (Deși nu am jucat prea bine, ne-am simțit grozav.)	40 (Am pierdut de cele mai multe ori. Ei și?)
Să alerg pînă la colț și să-mi cumpăr o înghețată	60		50 (Nu am alergat mai repede decît pînă acum.)

Burns, 1989, p. 132.

alteori, ele nu vor lua întorsătura dorită. Pot să mă bucur de succesele mele, dar acestea nu mă vor face să fiu mai bun decît oricare altă persoană. Eșecurile mele mă vor dezamăgi, dar voi trage învățămintele necesare, ceea ce nu mă va face mai puțin valoros și demn de a fi iubit."

După analiza costurilor și beneficiilor unei convingeri legate de propria persoană, subiectul poate trece la etapa verificării convingerii respective, întrebîndu-se dacă atitudinea sau convingerea respectivă este realistă. Astfel, dacă își va evalua acțiunile pe o scală de la 0 la 100, după criteriile: eficiență, satisfacție previzibilă și satisfacție obținută, el va avea

surpriza să descopere faptul că poate să obțină o satisfacție mult mai mare în urma unei activități minore, decît a uneia deosebite (de pildă, pentru un profesor poate fi mai plăcut să mestereasca ceva, decît să țină o conferință strălucită în fața unui auditoriu elevat).

Subiectul va conștientiza faptul că o activitate care presupune performanțe înalte nu este nici necesară, nici suficientă pentru a procura satisfacții.

Multe persoane trăiesc o stare depresivă după divorț sau după ruperea unei legături amoroase. Unul dintre motivele stării respective este convingerea că, dacă sînt singure, nu merită dragostea și sînt condamnate la nefericire.

În astfel de cazuri se poate utiliza analiza satisfacției presupuse și a celei reale.

Activități Notați toate activitățile realizate pentru plăcerea sau pentru evoluția personală	*Împreună cu cine se realizează* (Dacă subiectul este singur se notează „Eu")	*Satisfacție*	
		Presupusă 0 – 100	*Reală* 0 – 100

după Burns, 1989, p. 131.

Tehnica imaginării situațiilor anxiogene

În urma confruntării cu situațiile care îi produc teamă într-un mod dramatic, subiectul constată că „balaurul" nu era decît „un balon de săpun". Această metodă reprezintă o sinteză între terapia comportamentală și cea cognitivă.

Burns (1989) a realizat o demonstrație practică a metodei, pentru un grup de psihologi. Unul dintre cursanți, Daniel, s-a oferit ca voluntar pentru experiment, dar foarte curînd a reieșit că el avea probleme reale.

Daniel şi-a mărturisit, cu lacrimi în ochi, convingerea că trebuie să fie perfect pentru a cîştiga dragostea celor din jur. Subiectul s-a simţit jenat fiindcă vădise slăbiciune în faţa colegilor, el fiind convins de faptul că aceştia îl vor trata cu dispreţ.

Terapeutul (Burns) i-a propus să utilizeze tehnica imaginaţiei dirijate, sub forma unui joc de rol.

Daniel îşi va imagina că este un coleg numit Jack, iar terapeutul va juca rolul pacientului (Daniel). Jack va trebui să-i spună terapeutului (Daniel) cele mai dure lucruri care îi vor trece prin minte.

Daniel (în rolul lui Jack): – Daniel, am urmărit demonstraţia pe care ai făcut-o împreună cu dr. Burns săptămîna trecută, la întîlnirea noastră anuală cu psihoterapeuţii.

Dr. Burns (în rolul lui Daniel): – Da, eu mă aflam în centrul atenţiei. Ce părere ai despre demonstraţie?

Daniel (Jack): – Ei bine, mi se pare nepotrivit ca un adult, şi cu atît mai mult un psiholog, să plîngă în faţa asistenţei.

Dr. Burns (Daniel): – Crezi că este nepotrivit să-mi exprim sentimentele? Ori nu se cuvine să trăiesc emoţii puternice? Sau ce nu ţi-a plăcut?

Daniel (Jack): – Sincer să fiu, Daniel, să plîngi în public nu mi se pare o conduită potrivită pentru o persoană controlată, cu atît mai puţin pentru un psiholog.

Dr. Burns (Daniel): – Înţeleg! O persoană controlată nu are voie să fie mişcată pînă la lacrimi. Mă disprețuieşti pentru emotivitatea mea?

Daniel (Jack): – Cred că da. N-aş vrea să fiu crud, dar cred că meriţi să afli adevărul. După părerea mea eşti un „prost".

Dr. Burns (Daniel): – Mi-am dat seama că nu eşti de acord ca cineva să plîngă în timpul unei şedinţe de psihoterapie. Mie nu mi se pare inadmisibil acest lucru. Putem, ca doi oameni civilizaţi, să avem o dispută pe această temă.

Experienţa a fost foarte utilă pentru mine, pentru că am învăţat să am încredere în forţele proprii şi să nu mă mai tem

de critică. Tu poți susține că este mai indicat să ne controlăm emoțiile, în timp ce eu cred că este mai eficient și mai natural să le exprimăm. Ce nu înțeleg este însă de ce mă consideri un „prost". Sînt oare un prost pentru că am plîns sau fiindcă nu sînt de acord cu tine?

Daniel (Jack): – Mă dau bătut!

Următoarea secvență implică inversarea rolurilor: terapeutul devine criticul nemilos, iar subiectul este solicitat să-i răspundă.

Exercițiul de imaginare a situațiilor anxiogene poate fi realizat și sub forma unei teme scrise.

Elena, o tînără atrăgătoare și cu succes în plan profesional, avea probleme să flirteze cu bărbații și să accepte o relație intimă, temîndu-se că va deveni vulnerabilă și că va fi respinsă. Problema Elenei a fost definită de psiholog ca fiind „perfecționism emoțional". Ea considera că nu trebuie să manifeste sentimente negative cum ar fi furia, tristețea sau anxietatea și că nu putea fi iubită atîta timp cît nu era o femeie matură, echilibrată, cu un autocontrol perfect. Mai mult, ea credea că orice bărbat o va respinge de îndată ce va descoperi adevărata ei fire și, pentru a nu risca acest lucru, fata prefera singurătatea.

Terapeutul i-a cerut să redacteze un dialog cu un bărbat imaginar, care o respinge după cîteva întîlniri pentru că este prea emoțională.

Elenei i s-a sugerat să-și imagineze tot e era mai rău cu putință, că i se spun cele mai dure lucruri, care nu i-au fost adresate niciodată în realitate.

Bărbatul care o respinge: – Elena, am decis că am nevoie să mă detașez puțin, așa că n-o să ne mai vedem un timp.

Elena: – Mă întristează mult hotărîrea ta. Ai putea să-mi spui care e problema?

Bărbatul: – Da. Ești imatură sub aspect emoțional. Te îngrijorezi și te superi pentru tot felul de lucruri. Nu ești o persoană puternică. Acum că te cunosc mai bine, sînt chiar dezgustat, așa că am să te părăsesc.

Elena: – Dacă înțeleg eu bine, te nemulțumește în principal faptul că eu mă supăr din cînd în cînd, că nu sînt destul de puternică și că sînt prea emotivă.

Bărbatul: – Într-adevăr, asta este problema. Tu reacționezi totdeauna exagerat. Ești o nevrotică. Atunci cînd te-am cunoscut, am crezut că ești un om stăpîn pe sine, dar ulterior am constatat că de fapt ești un invalid emoțional.

Elena: – Este adevărat că mă necăjesc din tot felul de lucruri: că piața nu merge, că oamenii care depind de mine își pierd banii. Sînt destul de supărată și acum. Mai trăiesc emoții puternice și în legătură cu alte lucruri. Crezi că aceste emoții și sentimente puternice mă transformă într-un invalid emoțional? Oare tu cauți o femeie fără sentimente, sau greșesc? Care e de fapt părerea ta în această privință?

Scriind acest dialog, Elena înțelege că, dacă cineva ar respinge-o pentru că este prea sensibilă, situația ar fi în avantajul ei, fiindcă nici o femeie nu și-ar dori un soț căruia să-i displacă faptul că soția nutrește sentimente puternice.

Acest „insight" (iluminare bruscă) o va ajuta pe pacientă să se accepte ca o femeie spontană și emoțională.

Este evident faptul că psihoterapia cognitivă ne ajută să ne simțim mai bine „aici și acum", dar și să dezvoltăm un sistem de atitudini și valori mai rațional și mai realist, care să nu fie atît de vulnerabil la modificările de dispoziție și la conflictele cu ceilalți.

Tehnica confruntării imaginative cu situațiile anxiogene îi ajută pe subiecți să-și transforme atitudinile mai realiste nou elaborate în convingeri cu o coloratură emoțională adecvată.

Identificarea și exprimarea sentimentelor

Majoritatea oamenilor care sînt înclinați spre anxietate sau fobii au dificultăți nu numai în exprimarea sentimentelor, ci chiar în recunoașterea acestora.

O dată cu progresul psihoterapiei, anumite emoții și sentimente devin mai puternice și manifestă tendința de a ieși la suprafață. Acest lucru se petrece mai ales atunci cînd subiectul se confruntă tot mai frecvent cu situațiile anxiogene.

În cazul în care acesta își reprimă sentimentele sau emoțiile respective, tulburările sale se agravează.

Vom trece în revistă cîteva din motivele pentru care persoanele cu tulburări anxiogene tind să-și reprime sentimentele.

De cele mai multe ori, acestea au fost crescute în familii în care părinții hipercritici și perfecționiști au avut exigențe exagerate față de copiii lor. În astfel de medii, copiii au fost lipsiți de libertatea de a-și exprima liber impulsurile și tendințele, de teama dezaprobării parentale.

Aceşti subiecți au o nevoie foarte puternică de autocontrol și se tem foarte tare să și-l piardă, crezînd că pot înnebuni sau comite un act necugetat dacă dau frîu liber trăirilor lor.

Înseși atacurile de panică nu reprezintă altceva decît un semnal că stările emoționale reprimate încearcă să iasă la suprafață.

Bourne (1995, p. 256) ne prezintă o serie de tehnici cognitiv-comportamentale de identificare și exprimare a sentimentelor și emoțiilor.

Identificarea stărilor afective

Acest proces presupune mai multe etape, esențială fiind recunoașterea simptomelor care exprimă sentimente reprimate.

a) Anxietatea

Aceasta poate fi expresia fricii de necunoscut sau rezultatul anticipării unor posibile pericole. În cazul în care anxietatea nu pare să se lege de vreo situație specifică, ea manifestîndu-se ca o stare de îngrijorare nedefinită, este posibil ca sursa ei s-o reprezinte stările afective reprimate. Se știe că fiecare stare afectivă implică o anumită cantitate de energie care, dacă nu este eliberată, produce o stare de tensiune difuză.

Din acest motiv, subiectul care recurge la psihoterapie trebuie să observe dacă nu cumva reprimarea agresivității și ostilității față de o persoană anume nu provoacă o stare de anxietate.

b) Depresia

Adesea, oamenii se simt deprimați atunci cînd își reprimă sentimente legate de o pierdere sau de o reacție de doliu. Plînsul îi ajută frecvent să se descarce.

De asemenea, depresia poate ascunde și sentimente de ostilitate față de alții sau față de propria persoană.

În cazul în care persoana se simte deprimată fără vreun motiv anume, se recomandă ca aceasta să-și pună întrebări legate de cauza care i-a produs enervarea.

c) Simptomele psihosomatice

Durerile de cap, ulcerul, hipertensiunea sau astmul sînt frecvent cauzate de sentimente reprimate, specifice stresului cronic. Identificarea și exprimarea lor liberă ameliorează și, uneori, chiar vindecă afecțiunile psihosomatice.

d) Supraîncordarea musculară

Musculatura încordată și rigidă reprezintă un simptom specific stresului și stărilor emoționale reprimate. Astfel, frustrarea și mînia se exprimă frecvent prin supraîncordarea musculaturii gîtului, cefei, umerilor și spatelui. În general, tristețea și deprimarea provoacă încordare în zona pieptului, precum și a musculaturii din jurul ochilor, în timp ce teama conduce la încordarea musculaturii abdominale, mai ales a diafragmului.

Reprimarea sentimentelor legate de sexualitate se exprimă și ea prin supraîncordare musculară, la nivelul zonei pelviene.

Desigur, aceste corelații dintre stările emoționale și încordarea musculară nu se bazează pe cercetări științifice, ci numai pe observații empirice și au doar o valoare relativă.

Subiecții cu tulburări emoționale trebuie să învețe să se autoobserve cu atenție și să identifice acele stări emoționale pe care au tendința să le reprime.

Procesul de identificare a stărilor afective neexprimate este facilitat de focalizarea atenției spre interior, spre propriul organism.

Gendlin (1978) denumește acest demers focalizare experențială, ceea ce presupune:

- relaxare fizică și psihică;
- adresarea unor întrebări cu caracter introspectiv („ce simt eu oare acum?" sau „care este problema care mă frămîntă acum cel mai mult?" etc.);
- dirijarea atenției spre acea zonă a corpului unde subiectul simte supraîncordarea produsă de emoții;
- așteptarea și ascultarea pasivă a mesajelor care ne vin de la propriul organism; subiectul nu trebuie să analizeze sau să aprecieze critic nimic, ci doar să rămînă liniștit pînă cînd va sesiza ceva.

De îndată ce subiectul a izbutit să identifice anumite stări emoționale difuze, el trebuie să-și adreseze din nou o serie de întrebări cu caracter introspectiv:

„În ce zonă a corpului se situează o anumită stare emoțională?"

„Care este forma acestei stări afective?"

„Dacă această stare afectivă are o culoare, care este aceasta?"

„Care este dimensiunea stării mele emoționale?"

Pentru subiecții cu calități introspective limitate, Bourne (1995, p. 259) propune o listă de termeni care denumesc stările afective și care are menirea de a-i ajuta pe subiecți să-și identifice mai ușor propriile trăiri.

Spre exemplificare, prezentăm cîțiva dintre termenii respectivi:

Stări afective pozitive	*Stări afective negative*
afectuos	anxios
amuzant	plictisit
calm	rușinat
încrezător	deprimat

Stări afective pozitive	*Stări afective negative*
fericit	disperat
liniştit	dezamăgit
satisfăcut	supărat
tandru	nesigur
valoros	vulnerabil etc.

Exprimarea sentimentelor

1. Comunicarea stărilor afective

Probabil că cea mai bună metodă de exprimare a sentimentelor constă în împărtăşirea acestora unei persoane apropiate şi suportive (prieten, rudă sau psihoterapeut).

Nu este de ajuns ca subiectul să vorbească despre sentimentele pe care le nutreşte, ci se impune chiar să dea frîu liber trăirilor sale. Persoana care ascultă trebuie să rămînă pasivă şi să se abţină să dea sfaturi sau să-şi exprime propriile opinii.

2. Notarea stărilor afective

Se recomandă subiectului să ţină un fel de jurnal, în care să-şi noteze nu numai gîndurile care îl frămîntă, ci şi stările emoţionale ce le însoţesc.

3. Descărcarea emoţiilor care exprimă tristeţea

Atunci cînd persoana este pe punctul de a plînge, dar se înfrînează datorită educaţiei şi autocontrolului exercitat mulţi ani la rînd, este indicat să-şi faciliteze reacţia de plîns. Acest lucru se poate realiza prin ascultarea unei piese muzicale triste, prin vizionarea unui film sau prin lecturarea unei cărţi cu final trist.

4. Descărcarea ostilităţii

Uneori, subiectul se simte frustrat şi se teme să-şi exprime ostilitatea, pentru a nu-i răni pe cei din jur. În astfel de situaţii, este indicată descărcarea ostilităţii într-o manieră non-destructivă. Astfel, se recomandă:

- lovirea unei perne sau a unei păpuşi de plastic;
- plînsul cu faţa în pernă;

- lovirea unui sac de box;
- spargerea unor obiecte lipsite de valoare;
- emiterea unor strigăte în locuri în care persoana nu poate fi auzită de alții;
- spartul lemnelor;
- jocul de tenis;
- activitatea fizică intensă și solicitantă.

Travis (1982) consideră că asemenea activități nu trebuie desfășurate zilnic, pentru că există riscul ca un număr limitat de persoane să devină un fel de toxicomani ai exprimării agresivității.

Frecvent, persoanele care suferă de tulburări anxioase și fobii au tendința de a-și nega ostilitatea, și aceasta din mai multe motive:

- subiecții respectivi fac parte din categoria persoanelor „drăguțe", care nu vor să-i supere pe ceilalți. Ei consideră – și doresc ca și ceilalți să le împărtășească părerea – că sînt persoane blînde și amabile, ceea ce îi împiedică să-și manifeste deschis ostilitatea;
- pacienții de acest tip, mai ales agorafobicii, sînt excesiv de dependenți de cei din jur, astfel încît, exprimarea liberă a ostilității ar periclita relația lor cu cei de care se simt dependenți;
- subiecții anxioși, care manifestă o nevoie sporită de autocontrol, consideră agresivitatea drept unul din cele mai irațională și necontrolabile sentimente, exprimarea acesteia fiind deosebit de amenințătoare pentru ei.

Bourne (1995, p. 263) prezintă cîteva indicații menite să-i ajute pe subiecții anxioși să-și exprime mai ușor sentimentele de ostilitate.

1. Subiectul trebuie să fie dispus să renunțe, măcar parțial, la imaginea sa de persoană amabilă în toate situațiile, permițîndu-și să exprime sentimente de iritare și ostilitate în acele împrejurări în care acestea sînt firești.

2. Pacientului i se cere să depășească ruminațiile interioare exagerate referitoare la consecințele exprimării ostilității („ce

se va întîmpla dacă voi înnebuni?", „ce va fi dacă voi comite o faptă îngrozitoare?" etc.

3. Este necesar, de asemenea, să fie depăşite şi temerile legate de faptul că subiectul îi va răni pe cei dragi. Comunicarea sentimentelor de ostilitate, desigur, într-o manieră rezonabilă, reprezintă un semn că subiectul ţine la cei din jur, îi preţuieşte şi le dezvăluie adevăratele sale simţăminte.

4. Comunicarea sentimentelor de ostilitate într-o manieră asertivă şi nu într-una agresivă.

Se recomandă utilizarea unor afirmaţii care încep cu „eu". Astfel, este mult mai potrivit ca subiectul în cauză să spună „eu mă simt frustrat atunci cînd tu nu te ţii de cuvînt", decît: „tu mă scoţi din minţi atunci cînd îţi încalci promisiunile".

Afirmaţiile care încep cu „eu" implică respectul faţă de celălalt, în timp ce acelea care încep cu „tu" trezesc reacţii de tip defensiv, care nu fac decît să escaladeze conflictul.

5. Trebuie subliniat încă o dată faptul că ostilitatea, ca oricare altă stare afectivă, nu este determinată în mod direct de ceea ce spun sau fac ceilalţi, ci de modul în care noi percepem şi interpretăm situaţiile, interpretări care au frecvent la bază distorsionări cognitive, cum ar fi: etichetarea globală (dacă o persoană a făcut ceva rău, avem tendinţa de a-l considera o persoană negativă sub toate aspectele), gîndirea de tip „alb-negru" (tendinţa de a aprecia lucrurile în termeni extremi), amplificarea (tendinţa de a exagera aspectele negative) şi convingerea că totul ni se cuvine.

Capitolul 9

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE DISPOZIȚIE

Sentimentele de inferioritate și insecuritate în situațiile sociale

Burns (1989, p. 137) a tratat un pacient, pe nume Chuck. Acesta prezenta o malformație congenitală a toracelui, care lăsa impresia că pieptul îi este curbat spre interior. Altfel, pacientul era înalt, bine clădit și cu o înfățișare atrăgătoare. Ori de cîte ori își propunea să meargă la plajă, el își făcea atîtea probleme încît pînă la urmă renunța. Chuck nu se simțea în stare să-și dezbrace cămașa în fața celorlalți pentru că își spunea: „sînt inferior tuturor bărbaților înzestrați cu un fizic normal; dacă îmi scot cămașa, toți se vor uita la mine și vor spune că sînt anormal".

Primul pas al terapiei îl reprezintă descoperirea distorsiunilor cognitive din cadrul modului de a gîndi al lui Chuck: „mă simt inferior tuturor bărbaților care au un fizic mult mai atrăgător".

Aici este vorba de o „supragenerализare", pentru că subiectul generalizează defectul său fizic, extinzîndu-l asupra întregii sale personalități. Astfel, s-ar putea ca toracele lui Chuck să fie relativ îngust, dar acest lucru nu înseamnă că el este o persoană inferioară.

Se constată și prezența altor tipuri de gîndire distorsionată, și anume „filtrul mental" și „desconsiderarea pozitivului", pentru că subiectul se concentrează doar asupra punctului său slab, igno-

rîndu-şi calităţile (înalt, atletic, atrăgător, inteligent, prietenos, cald, cu o situaţie materială bună).

Pacientul pune în acţiune şi judecata afectivă, pentru că îşi spune: „mă simt inferior şi anormal, şi asta înseamnă că aşa stau lucrurile".

Al doilea gînd automat al lui Chuck este: „dacă îmi scot cămaşa, toţi se vor uita la mine şi vor gîndi că sînt anormal".

Aici întîlnim:

- Suprageneralizarea: unii oameni îl vor privi, dar nu toţi.
- Concluzii pripite, citirea gîndurilor şi prevestirea viitorului: subiectul în cauză nu are de unde să ştie ce gîndesc ceilalţi. Mulţi oameni au probabil ceva mai bun de făcut decît să se preocupe de aspectul lui exterior.
- Etichetarea: pacientul îşi ataşează o etichetă negativă cu o profundă încărcătură emoţională – cea de „anormal".
- Judecata afectivă: Chuck simte că ar putea fi în centrul atenţiei şi trage concluzia că aşa se va întîmpla.
- Amplificarea: aici este vorba de exagerarea importanţei pe care ar putea s-o aibă forma toracelui subiectului pentru persoanele aflate pe plajă. Subiectul nostru ar fi surprins să afle că celor mai mulţi oameni nici nu le pasă de felul în care arată el.

Cum va putea combate pacientul gîndurile negative automate?

1. Prima metodă ar fi strîngerea unor dovezi. Subiectul poate merge pe plajă pentru a verifica dacă toţi oamenii prezenţi acolo au un fizic mai atrăgător decît al său. El va constata prezenţa cîtorva cu trupuri atletice, alături de mulţi alţi oameni care sînt prea graşi, prea slabi, cu pielea zbîrcită sau cu diverse anomalii fizice.

2. Cea de a doua ar fi metoda experimentală, pentru a verifica validitatea gîndurilor negative automate

Subiectul ar trebui să meargă pe plajă, să-şi scoată cămaşa şi să observe cîţi oameni îl vor privi cu insistenţă şi cît de mult timp. Această metodă prezintă două avantaje: în primul rînd, pacientul

va descoperi că ideile sale sînt exagerate, iar în al doilea rînd, el va trebui să se confrunte direct cu fricile sale, depăşindu-le.

Iată şi alte metode pe care le-ar putea utiliza subiectul pentru a-şi modifica gîndurile negative:

3. Analiza beneficiilor şi costurilor

Subiectul ar putea elabora o listă a avantajelor şi dezavantajelor pe care le-ar avea dacă va continua să se considere o persoană inferioară din cauza malformaţiei sale şi dacă se va concentra şi pe viitor asupra defectului său, astfel încît să aibă o senzaţie de disconfort pe plajă. Este posibil ca el să se simtă fericit şi dacă nu va merge niciodată la plajă, iar dacă lucrurile stau astfel, înseamnă că nu are nici o problemă. Pe de altă parte, dacă îşi doreşte să înoate, este mai bine să se confrunte direct cu temerile sale.

4. Tehnica unui caz similar

Ce i-ar spune subiectul nostru unei persoane cu un defect similar? În mod sigur nu-i va zice: „pieptul tău arată ca o farfurie zburătoare. Oamenii se vor uita la tine şi îşi vor strica buna dispoziţie!"

5. Definirea termenilor

Subiectul va trebui să definească noţiunea de persoană inferioară.

6. Cultivarea stilului de gîndire în nuanţe de cenuşiu.

Subiectul va trebui să aprecieze pe o scală gradată de la 0 la 100 cît de valoros este, în pofida toracelui pe care îl are acum.

7. Tehnica interviului

Subiectul trebuie să interogheze mai multe persoane dacă ar dori să aibă un prieten cu un defect fizic.

De asemenea, el ar putea întreba mai mulţi oameni cît de des se gîndesc la defectele fizice ale celorlalţi, atunci cînd se află pe plajă.

8. Tehnica „săgeţii verticale"

Pacientul trebuie să se întrebe de ce ar fi atît de supărător faptul că cineva l-ar considera inferior. El ar putea presupune că oamenii nu-l plac şi nu-l respectă. Apoi ar trebui să se întrebe ce

este atît de îngrozitor în lucrul acesta. Pacientul ar putea descoperi astfel că suferă de o puternică teamă de dezaprobare, el bazîndu-şi prea mult autostima pe opiniile celorlalţi. Dacă aşa stau lucrurile, este necesară o nouă analiză a beneficiilor şi costurilor, de data aceasta asupra opiniei că subiectul trebuie să obţină totdeauna aprobarea tuturor oamenilor (cît îl ajută şi cît îl încurcă o astfel de opinie).

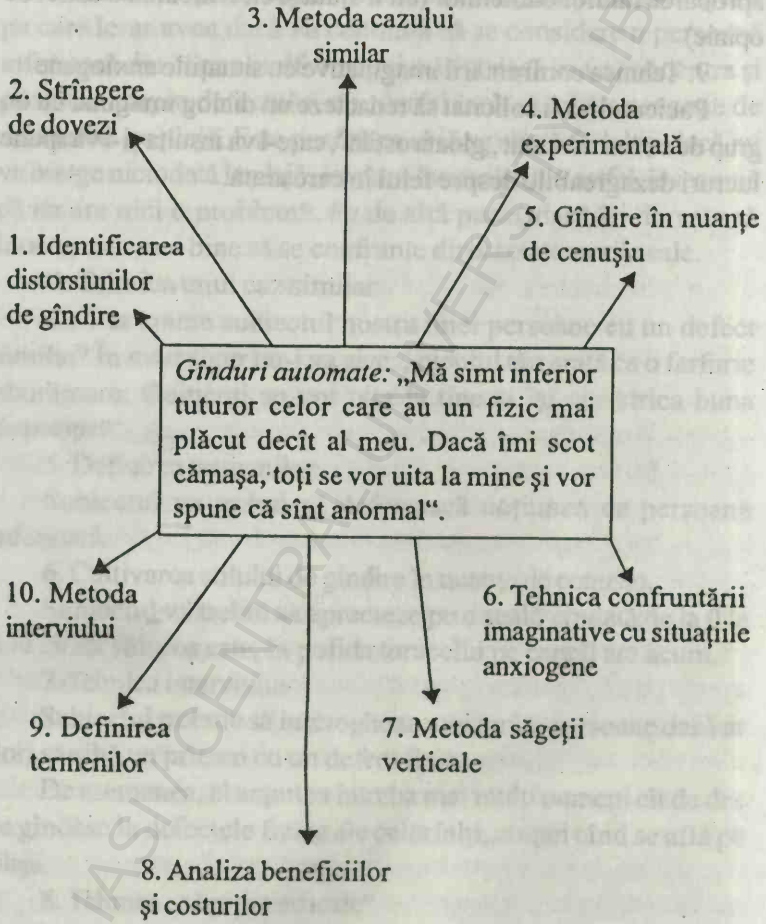
9. Tehnica confruntării imaginative cu situaţiile anxiogene

Pacientul va fi solicitat să redacteze un dialog imaginar cu un grup de străini denumit „gloata ostilă", care-l va insulta şi-i va spune lucruri dezagreabile despre felul în care arată.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITARĂ

Metode de combatere a gîndurilor negative automate

(Burns, 1989, p. 142)



BCU IAȘI CENTRU IBRAR

Iritabilitatea şi scăderea imaginii de sine

Mariana i-a spus psihoterapeutului că nutreşte sentimente de iritare faţă de soţul ei, Barbu, şi că reacţionează disproporţionat la afirmaţiile acestuia.

„Dacă Barbu face vreo afirmaţie care nu-mi convine, mă simt şocată de parcă m-ar fi lovit fizic; dacă sîntem în vizită şi ceva m-a supărat, mă enervez şi-mi vine să plec; dacă ne uităm la televizor, mă irită programul şi sînt tentată să schimb postul."

Terapeutul i-a spus pacientei că, atunci cînd cineva se simte iritat, trebuie să existe un eveniment sau o situaţie care nu-i convin şi acestea trebuie identificate.

Barbu, economist pensionar, a fost sfătuit să vîndă chioşcul pe care îl cumpărase pentru că în perioada respectivă preţurile erau avantajoase. Cînd i-a comunicat decizia soţiei sale, aceasta a fost cuprinsă de tristeţe şi panică, iritarea manifestîndu-se mult mai tîrziu.

Terapeutul i-a cerut pacientei să noteze gîndurile negative pe care le avea în legătură cu vinderea chioşcului.

Aceasta a notat următoarele:

1. Cum vor evolua lucrurile?
2. Oare ce ni se va întîmpla?
3. Vom ajunge la sapă de lemn!
4. După ce soţul meu a muncit 35 de ani ca să strîngă un ban, nu suport să-l văd învins. Ar fi trebuit să i se ofere posibilitatea de a se bucura de roadele muncii sale.

În continuare, terapeutul a îndrumat-o pe pacientă să aleagă unul din gîndurile negative şi să-i aplice tehnica „săgeţii verticale".

Clienta a ales afirmaţia a doua: „Oare ce ni se va întîmpla?"

În continuare, tehnica decurge astfel:

Să presupunem că este adevărat.

De ce mă supără acest lucru? De ce mă tem oare?

5. Nu vom mai avea standardul de viaţă pe care l-am avut pînă acum. De ce mă supără acest lucru?

6. Va trebui să revenim la stilul de viaţă modest din trecut. De ce mă supără acest lucru?

7. Nu voi mai putea să-mi cumpăr lucrurile pe care mi le doresc: bijuterii, haine, cristaluri. De ce reprezintă acest lucru o problemă pentru mine?

8. Sînt o toxicomană a cumpărăturilor şi va trebui să mă dezvăţ. De ce mă supără acest lucru?

9. Mersul la cumpărături mă salvează de singurătate. Dacă nu pot ieşi în oraş la cumpărături, va trebui să rămîn acasă, şi lucrul acesta mă deprimă. Şi de ce voi fi deprimată dacă n-o să pot merge la cumpărături?

10. Mă simt fericită atunci cînd cheltuiesc bani, altfel mă plictisesc.

Din analiza gîndurilor negative automate a reieşit clar de ce se simţea Mariana atît de ameninţată de lichidarea afacerii: ei îi plăcea să cheltuiască bani pentru a cumpăra lucruri frumoase, care să-i facă viaţa interesantă.

În continuare, terapeutul i-a cerut pacientei să identifice un gînd autoperturbator legat de propria persoană, care ar putea sta la baza atitudinii menționate mai sus.

Gîndul identificat a fost următorul:

„Sînt leneşă şi am nevoie să cheltuiesc bani pentru a mă simți bine".

Analiza costurilor şi beneficiilor

Avantajele menținerii supoziției respective	*Dezavantajele menținerii supoziției respective*
(1) Nu mi se cere nici un efort; (2) Nu mă voi expune riscului de a avea un eşec.	(1) Nu voi evolua şi nu mă voi schimba; (2) Nu se va îmbunătăți nimic în viața mea; (3) Nu mă voi confrunta cu problemele mele reale ori de cîte ori am neplăceri. Voi scăpa de ele mergînd la cumpărături; (4) Pot rămîne fără bani dacă cheltuiesc prosteşte; (5) Nu voi avea niciodată încredere în mine; (6) Voi rămîne sclava banului; (7) Nu voi avea un scop adevărat în viață.

Se constată faptul că supoziția respectivă prezintă mai mult dezavantaje decît avantaje.

Pacienta este ghidată să înlocuiască supoziția negativă cu una mai rațională: „Mă voi simți bine făcînd o serie de lucruri şi implicîndu-mă în mod creativ în viață".

Această supoziție prezintă, la rîndul său, avantaje şi dezavantaje:

Avantaje	*Dezavantaje*
(1) Soțul meu va fi mai fericit. (2) În căsătoria noastră vor exista mai puține conflicte. (3) Autostima mea nu va depinde de banii pe care îi am.	(1) Va trebui să am mai multă inițiativă. (2) Va trebui să mă confrunt direct cu temerile mele.

Psihoterapeutul va recomanda apoi metoda experimentală, spre a verifica ipoteza conform căreia pacienta trebuia să cheltuiască mulţi bani ca să obţină satisfacţii în viaţă. Pentru verificarea veridicităţii respectivei ipoteze, Mariana a întocmit lista unor activităţi în dreptul cărora a notat, pe o scală gradată, nivelul satisfacţiei.

Ipoteză: „Simt nevoia să cumpăr o mulţime de lucruri, cheltuind mulţi bani, pentru a mă bucura de viaţă".

Activităţi	*În compania cui realizează acţiunea şi costul acesteia*	*Satisfacţie*	
		Presupusă 0–100%	*Actuală* 0–100%
1. Să mănînc îngheţată la o cofetărie bună.	singură 40 000 lei	75	75
2. Să privesc vitrinele.	singură 0 lei	25	25
3. Să cumpăr o bijuterie.	singură 7 000 000 lei	90	10
4. Să cos o rochie.	singură 0 lei	50	80
5. Să împrumut o casetă şi să văd un film la TV.	cu soţul 30 000 lei	60	90
6. Să-mi completez jurnalul pentru şedinţa de psiho-terapie.	singură 0 lei	20	90
7. Să mă duc la o conferinţă la Universitatea Cultural-Ştiinţifică.	singură 15 000 lei	50	75
8. Să joc volei împreună cu prietenele.	cu prietenele 0 lei	60	85
9. Să fac ordine în hîrtiile care reflectă situaţia mea financiară.	singură 0 lei	25	75

Din analiza tabelului reiese că multe din activitățile care nu costă nimic îi produc pacientei o mare satisfacție, în timp ce cumpărarea unei bijuterii destul de scumpe o determină să aibă sentimente de culpabilitate, reducînd satisfacția de la 90% (anticipată) la 10% (satisfacție actuală).

Acest experiment conduce la infirmarea ipotezei potrivit căreia cheltuirea unor sume mari de bani reprezintă pentru clientă activitatea cea mai agreabilă.

Frustrație, culpabilitate și stres la locul de muncă

Sanda este o asistentă medicală în vîrstă de 32 de ani, care lucrează la un spital de pediatrie. Ea se ocupă direct de pacienți, dar are și o răspundere administrativă, în calitatea sa de asistentă șefă.

Ea s-a prezentat la tratament pentru depresie moderată și iritabilitate cu crize de nervi la serviciu, apărute în urmă cu cîțiva ani.

Într-o duminică, Sanda trebuia să lucreze pînă la ora 15. În jurul orei 14, ea și-a terminat treaba, și-a pus lucrurile în ordine și tocmai se pregătea de plecare, cînd medicul de gardă i-a spus să pregătească o perfuzie pentru unul dintre pacienții ei. Sanda s-a simțit frustrată, pentru că perfuzia dura două ore și necesita supraveghere permanentă, motiv pentru care nu putea pleca acasă la timp.

Mai mult, o secundară tînără se învîrtea prin saloane și spunea că asistentele medicale nu-și fac datoria cum trebuie.

Iată cum și-a descris Sanda stările emoționale trăite: supărare 80%, frustrare 90% și culpabilitate 95%.

Primul gînd negativ automat care i-a venit în minte a fost legat de culpabilitate:

„Un copil este pe moarte. Eu ar trebui să fiu bucuroasă să-i administrez globule albe."

Distorsionările cognitive care apar aici sînt următoarele:

1. Afirmaţie de tipul „trebuie".

Sanda îşi spune că nu trebuie să se simtă enervată de cele petrecute.

2. În condiţiile acestei situaţii frustrante, ea îşi îndreaptă agresivitatea împotriva ei înşişi, devenind excesiv de autocritică.

3. Personalizare: pacienta se acuză pe ea însăşi pentru o problemă pe care nu a generat-o ea.

Reacţiile raţionale sugerate de către psihoterapeut ar fi următoarele:

a) Metoda semantică, ce constă în înlocuirea afirmaţiilor de tip „trebuie" cu afirmaţii mai blînde: „ar fi mai bine dacă", „ar fi preferabil dacă"... etc.

b) Analiza costurilor şi beneficiilor: Sanda ar trebui să evalueze avantajele şi dezavantajele de a fi ea personajul Florence Nightingale, care se simţea fericită ori de cîte ori se confrunta cu o situaţie dezagreabilă.

Gîndul raţional menit să-l înlocuiască pe cel negativ este următorul:

„E normal să te simţi supărată atunci cînd ceilalţi nu-şi fac datoria cum trebuie şi eşti pusă în situaţia să rămîi peste program."

„Dîndu-şi voie" să se simtă supărată, pacienta nu va mai trebui să se simtă vinovată şi să se autoblameze.

Acest mod de abordare a situaţiei va produce o modificare în atitudinile Sandei, care este o perfecţionistă şi crede că ea nu trebuie să se simtă supărată niciodată, că trebuie să fie mereu drăguţă şi să-şi controleze sentimentele şi emoţiile.

Al doilea gînd automat al Sandei a fost:

„De ce trebuie să fac eu aceasta? "

Pacienta a recunoscut imediat o altă afirmaţie de tip „trebuie" (imperativ categoric).

Ea aştepta perfecţionism emoţional în egală măsură de la ea, ca şi de la ceilalţi.

Soluția terapeutică:

1. Metoda semantică:

În loc să gîndească „nu ar fi trebuit să fac acest lucru", i s-a sugerat următoarea variantă: „ar fi fost mult mai bine dacă aș fi putut merge acasă la timp și nu mi s-ar fi cerut să supraveghez perfuzia. Aș putea să le spun celor de la laborator că mi-au creat neplăceri furnizîndu-mi sîngele prea tîrziu. Ar trebui să-i rog ca altă dată să-mi elibereze sîngele dimineața."

La propunerea răspunsului rațional, Sanda a devenit defensivă, spunînd că n-ar fi avut nici un rost să vorbească cu cei de la laborator.

Terapeutul a fost surprins de reacția ei și i-a povestit că în studenție lucra la laboratorul unui spital și că, împreună cu colegii săi, se străduiau să răspundă dorințelor medicilor și asistentelor care se ocupau direct de bolnavi.

El s-a întrebat dacă nu cumva Sanda își subapreciază influența în calitate de asistentă șefă și a afirmat că este foarte util să-ți exprimi sentimentele într-un mod clar, dar cu tact, chiar dacă acest lucru nu produce schimbări prea mari. În continuare, terapeutul a întrebat-o pe Sanda dacă n-ar vrea să învețe să-și exprime sentimentele într-un mod eficient.

Pacienta a părut și mai agasată și a spus că nu înțelege despre ce este vorba și că nu mai dorește să discute acel subiect.

Terapeutul a fost oarecum încurcat, pentru că nu și-a dat seama dacă i-a scăpat ceva sau dacă a atins un punct nevralgic.

La ședința viitoare, Sanda a adus următoarele însemnări: „Am ajuns la concluzia că îmi reprim furia pentru că mă tem de ceea ce se va întîmpla dacă îmi manifest sentimentele de ostilitate. Nu am învățat pînă acum să-mi exprim sentimentele de ostilitate în mod constructiv. În trecut, ori de cîte ori mă simțeam supărată sau frustrată, reacționam în trei moduri:

1 – făceam o criză de nervi: țipam, plîngeam sau le adresam celorlalți cuvinte grele. După izbucnirile respective mă simțeam jenată, rușinată și vinovată. Aveam chiar o stare proastă, și adesea totul se termina cu o durere de cap;

2 – bombăneam şi mă plîngeam. Şi de această dată mă simţeam vinovată, pentru că aveam impresia că am fost laşă;

3 – aplicam aşa-numita metodă a «martirilor». Atunci cînd ceilalţi ţipau la mine sau se plîngeau de ceva, îmi menţineam un calm aparent, acceptînd blamul, cerîndu-mi scuze şi spunînd că situaţia nu se va mai repeta. Totul se sfîrşea cu o durere de maxilare, pentru că scrîşneam din dinţi.

Mai tîrziu, am intuit că îmi pot pierde controlul dacă îmi permit să resimt furie. Mă tem chiar că aş putea face un rău fizic cuiva, dacă nu-mi stăpînesc nervii. Aceste impulsuri mă sperie şi mă determină să mă simt ruşinată, de parcă ar trebui să fiu pedepsită pentru ele.

Sînt de acord cu dumneavoastră că las ca lucrurile să mi se întîmple, fără să intervin în vreun fel. Am o atitudine fatalistă în faţa vieţii. Atunci cînd cineva mă tratează prost, acest lucru îmi întăreşte convingerea că nu merit mai mult."

Psihoterapeutul a fost încîntat de această analiză, constatînd că Sanda avea capacitatea de a realiza o autoanaliză onestă, ceea ce reprezenta o premisă bună pentru schimbare.

Din discuţiile asupra autoanalizei a reieşit faptul că Sanda suferea de „fobie de conflicte". Ea se temea foarte mult de controverse şi de interacţiuni agresive şi făcea tot posibilul pentru a le evita.

Deşi îşi repeta mereu că totul va fi bine, Sanda nu-şi putea reprima iritarea, şi atunci nu ştia ce să facă: să explodeze, să se plîngă sau să pozeze în martiră. Nici sentimentele de vinovăţie nu-i creau o stare de confort.

În acest moment al terapiei, Sanda a fost de acord că trebuie să se poarte într-un mod mai direct cu ceilalţi oameni, ceea ce ar avea consecinţe pozitive asupra vieţii ei profesionale şi personale.

Iată un alt gînd negativ automat care-i vine în minte pacientei:

„Probabil că sînt incompetentă şi că ar fi trebuit să sun laboratorul mai devreme".

Distorsionările cognitive sînt următoarele:

- afirmație de tip „imperativ categoric" (trebuie);
- afirmație de tipul „ghicirea viitorului" pentru că Sanda presupune că ar fi trebuit să ghicească faptul că cei de la laborator vor greși;
- personalizare, fiindcă Sanda se învinovățește pentru eroarea pe care au comis-o cei de la laborator.

Se pare că Sanda direcționează afirmațiile de tip „trebuie" fie spre ea însăși, fie spre lumea exterioară. Atunci cînd se autoblamează, se detestă, se simte vinovată și necorespunzătoare, iar în situațiile în care îi condamnă pe ceilalți, se simte frustrată și furioasă.

În ambele cazuri, existența i se pare extrem de nesatisfăcătoare.

Răspunsul rațional sugerat este: „Nu aveam cum să anticipez problema care s-a ivit".

Iată un al patrulea gînd negativ al Sandei:

„Doamna dr. Ionescu crede că sînt incompetentă. Ea se comportă de parcă copilului nu i s-ar administra perfuzia dacă n-ar fi ea acolo, pentru a salva situația."

Doctorița Ionescu i-a stîrnit furie Sandei.

Distorsionările cognitive care se pot observa aici sînt următoarele:

- „citirea gîndurilor", pentru că Sanda trage concluzii în legătură cu ceea ce crede dr. Ionescu;
- afirmație mascată de tipul „trebuie": „Doctorița Ionescu nu ar fi trebuit să se poarte ca o șefă lipsită de delicatețe";
- culpabilizarea: Sanda crede că doctorița Ionescu o face să se simtă incompetentă și vinovată.

Pacienta se oprește asupra unui gînd rațional care însă nu este pe deplin satisfăcător, și anume:

„Eu nu știu ce e în mintea doctoriței Ionescu, dar ea e liberă să gîndească ce dorește".

Acest gînd conține în sine ostilitate și defensivitate, Sanda crezînd în continuare că doctorița nu o respectă suficient.

Terapeutul utilizează, în continuare, metodele „reatribuirii" și „căutării dovezilor".

Astfel, pacienta este întrebată dacă există vreo dovadă că doctorița Ionescu o consideră incompetentă.

Sanda a replicat că ea și doctorița Ionescu au fost bune prietene, aceasta din urmă exprimîndu-și adesea admirația pentru devotamentul și profesionalismul Sandei, cea ce venea în totală contradicție cu gîndul negativ automat exprimat anterior.

Terapeutul a întrebat în continuare dacă a mai existat și alt motiv care explică iritabilitatea și agresivitatea doctoriței Ionescu. Sanda a răspuns că aceasta a rămas de curînd văduvă, soțul ei decedînd subit de un atac de cord, în urmă cu cîteva luni. Această situație, împreună cu stresul cotidian care rezulta din îngrijirea unui copil grav bolnav, constituiau o explicație suficientă pentru comportamentul doctoriței.

O dată ajunși aici, Sanda a formulat un gînd rațional mult mai satisfăcător pentru ea:

„Probabil că doctorița Ionescu se simte tensionată și frustrată la fel ca și mine și se descarcă în acest mod. Poate că ar fi mai bine să discutăm deschis una cu alta și să lămurim cum stau lucrurile."

În continuare s-a lucrat asupra manierei de a comunica în mod deschis cu ceilalți.

Iată ce ar fi trebuit să le spună Sanda celor de la laborator:

„Nu mi-a făcut plăcere cînd am aflat abia la ora 14 că trebuie să fac perfuzia, mai ales că era și duminică. Aceasta înseamnă că cineva din tura de dimineață trebuie să rămînă peste program pentru a supraveghea perfuzia. Situația e cu atît mai neplăcută, cu cît personalul abia așteaptă să plece acasă. Nu ar fi bine să fim anunțați de dimineață dacă s-a prescris o perfuzie cu globule albe?"

O astfel de adresare prezintă următoarele avantaje:

1. Pacienta își exprimă sentimentele negative într-o manieră directă, sinceră, dar plină de tact.
2. Ea le spune celor de la laborator ce așteaptă de la ei și, deși nu este sigur că aceștia își vor revizui atitudinea, pacienta va simți că și-a prezentat punctul de vedere într-un mod profesionist și demn, în loc să se comporte ca o victimă rănită și plină de resentimente.

Iată cum ar trebui să i se adreseze Sanda doctoriței Ionescu:

„Mă simt foarte frustrată pentru că mi s-a comunicat atît de tîrziu că trebuie să administrăm perfuzia și împărtășesc grija dumneavoastră pentru micul nostru pacient. Simt un oarecare disconfort la gîndul că s-ar putea să vă închipuiți că nu îngrijesc destul de bine pacienții. Este adevărat? Vă respect foarte mult și aș dori să-mi semnalați orice problemă care apare. Aveți vreo idee cum să procedez cu cei de la laborator? M-am gîndit să le telefonez și să le spun că avem nevoie de masă leucocitară dimi-neața."

Aceste afirmații conțin o apreciere în legătură cu sentimentele doctoriței, apreciere prezentată cu tact. În loc să devină defensivă sau să ignore nervozitatea medicului, Sanda îi cere să spună exact ce gîndește. În același timp, pacienta îi adresează doctoriței un compliment și probabil că aceasta nu va mai aborda discuția ca pe o ceartă.

Mai mult ca sigur că doctorița Ionescu se va calma și va începe să se comporte mai prietenos.

Există totuși posibilitatea ca doctorița să fie cu adevărat iritată, și în acest caz ar putea spune:

„Nu-mi vine să cred că nu te-ai ocupat pînă acum de această perfuzie! Nu știi oare că aici timpul are o importanță capitală? Dacă pacientul nu primește masa leucocitară la momentul oportun, aceasta se învechește și trebuie să comand alta nouă!".

Într-o astfel de situație, Sanda ar trebui să răspundă astfel:

„Aveți perfectă dreptate; și eu mă simt tot atît de iritată ca și dumneavoastră. Trebuie să rămîn peste program pentru a supraveghea perfuzia.

Sînt făcută răspunzătoare pentru această situație și aș avea nevoie de sprijinul dumneavoastră în găsirea unei soluții. Probabil că aveți mai multă influență asupra celor de la laborator. Nu ați putea să mă susțineți, explicîndu-le încă o dată importanța trimiterii masei leucocitare dimineața? În felul acesta nu vom mai fi atît de stresați la sfîrșitul programului."

Tulburări de dispoziție. Depresia

(Burns, 1989, p. 163)

George, în vîrstă de 36 de ani, suferă a doua oară de un puseu depresiv. Primul episod, care a durat şase luni, s-a petrecut cu zece ani în urmă, atunci cînd s-a căsătorit. În intervalul dintre cele două episoade depresive, George n-a avut probleme. El a deschis un restaurant care merge bine. Se înțelege perfect cu soția şi au doi băieți, de 5 şi respectiv 7 ani.

Înainte de a se prezenta la cabinet, George a fost tratat, fără succes, cu medicamente.

Deoarece tratamentul ambulator nu a dat rezultate, el a fost spitalizat timp de trei săptămîni, după care s-a adresat cabinetului de psihoterapie.

Într-una din primele şedințe de psihoterapie, George a prezentat o listă de gînduri negative perturbatoare:

1. Sînt un ratat. Nu îmi reuşeşte nimic.
2. Sînt un tată denaturat pentru că nu-mi iubesc copiii. Băieții mei se tem de mine.
3. Mi-am pierdut orice speranță în legătură cu însănătoşirea mea. Starea mea psihică negativă va dura la nesfîrşit.
4. Faptul că sufăr de depresie înseamnă că nu-mi iubesc soția. Dacă aş fi iubit-o cu adevărat, nu m-aş simți aşa.
5. Toată lumea, inclusiv dr. Burns, este dezgustată de mine.
6. Îi dezamăgesc pe toți.
7. Nu ar fi trebuit să mă simt aşa.

Aceste gînduri l-au făcut pe pacient să se simtă pesimist, lipsit de valoare şi vinovat.

Terapeutul i-a cerut să analizeze primul gînd negativ şi să identifice distorsionările cognitive.

Gîndul este: „Sînt un ratat. Nu-mi reuşeşte nimic."

Distorsionările sînt următoarele:

- Judecată afectivă: George îşi închipuie că, dacă el crede că este un ratat, în realitate, lucrurile stau chiar aşa.

- Ignorarea pozitivului: pacientul ignoră toate domeniile în care a reuşit foarte bine.
- Gîndire de tipul „totul sau nimic": el se consideră un ratat sub toate aspectele, deoarece se simte deprimat.
- Personalizare: subiectul se culpabilizează pentru că suferă de depresie, deşi nu a făcut nimic pentru a şi-o produce.

Terapeutul a aplicat apoi metoda strîngerii dovezilor. Astfel, el i-a cerut lui George să noteze pe o listă toate realizările sale şi apoi l-a întrebat cum se împacă acestea cu ideea că el este un ratat.

A fost aplicată şi metoda cazului similar, clientul fiind întrebat dacă ar considera că un prieten, care suferă de acelaşi nivel de depresie şi luptă din răsputeri împotriva ei, este un ratat.

Această tehnică l-a ajutat pe pacient să devină conştient de faptul că se judecă prea aspru.

A fost analizat şi al doilea gînd negativ: „Sînt un tată denaturat pentru că nu-mi iubesc copiii. Fiilor mei le este teamă de mine."

Pacientul a ajuns la această concluzie din două motive. În primul rînd, pentru că au existat momente cînd el s-a simţit anxios şi iritat în prezenţa copiilor. În urmă cu cîteva săptămîni, el chiar l-a bătut pe unul dintre băieţi pentru că nu a fost cuminte. În al doilea rînd, datorită stării sale depresive, George nu mai nutrea sentimente puternice de dragoste pentru soţia şi copiii săi, de unde a tras concluzia că nu mai iubeşte pe nimeni. Terapeutul a remarcat însă faptul că George plîngea cînd făcea afirmaţia respectivă, ceea ce venea oarecum în contradicţie cu concluzia sa.

Distorsionările cognitive identificate sînt următoarele:

- Desconsiderarea pozitivului, pentru că existau numeroase comportamente care confirmau faptul că el îşi iubea copiii şi nu se putea dovedi că acestora le-ar fi fost teamă de el. Astfel, atunci cînd a ieşit din cabinet, cei doi copii s-au repezit în braţele lui, iar el i-a luat pe genunchi cu ochii împăienjeniţi de lacrimi.
- Judecată afectivă: „Dacă nu simt dragoste în fiecare moment, înseamnă că nu-i mai iubesc." Este însă foarte greu să trăieşti stări afective pozitive atunci cînd te simţi deprimat. Din fericire, sentimentele pozitive revin o dată cu dispariţia depresiei.

• Afirmație categorică: George își spune în mod indirect că el trebuie să-și dorească întotdeauna compania copiilor săi și să nu se simtă niciodată iritat sau plictisit în prezența lor. Deși un tată imaginar ar trebui să se comporte astfel, nici un tată real nu este așa.

Și în acest caz s-au aplicat metodele „examinării dovezilor" și cea a „cazului similar".

Prezentăm în continuare lista gîndurilor negative automate, distorsiunile cognitive și gîndurile raționale alternative (Burns, 1989, p. 167-168).

Gînd negativ automat	*Distorsionare cognitivă*	*Gînd rațional alternativ*
1. Sînt lipsit de speranță și nu mă voi face bine niciodată. Starea mea psihică negativă va continua la nesfîrșit.	Ghicirea viitorului. Judecată afectivă. Gîndire de tip „totul sau nimic". Desconsiderarea pozitivului.	Eu pot să mă simt lipsit de speranță, dar aceasta nu înseamnă că în realitate chiar sînt așa. Depresia pe care am avut-o acum zece ani a trecut, așa că probabil va trece și aceasta. Psihoterapia m-a ajutat pînă acum, așa că nu pot fi complet lipsit de speranță.
2. Faptul că sînt depresiv înseamnă că nu-mi iubesc soția; dacă aș fi iubit-o cu adevărat, nu m-aș mai fi simțit așa.	Judecată afectivă.	Bărbații care își iubesc soțiile pot să se simtă deprimați. Faptul că nu se resimt prea multă dragoste este probabil un simptom al depresiei. Dacă apar unele probleme, ar trebui să le discutăm. Nu simt nici o dorință pentru vreo altă femeie.
3. Toată lumea, inclusiv dr. Burns, este dezgustată de mine.	Suprageneralizare. Citirea gîndurilor. Amplificare.	Eu cred că toată lumea este dezgustată de mine pentru că eu însumi mă detest. Există vreo dovadă că dr. Burns este

		dezgustat? Aş putea să-l întreb şi să mă conving. Dacă el se simte frustrat din cauza mea, poate că o să-mi explice de ce.
4. Îi dezamăgesc pe toţi.	Suprageneralizare Citirea gîndurilor	Nu pot să-i dezamăgesc pe toţi pentru că nu-i cunosc pe toţi. Mai mult, nu există nici o dovadă că am dezamăgit pe cineva. Eu mă străduiesc din răsputeri să mă însănătoşesc, dar nimeni nu mă presează. Dr. Burns spune că mă străduiesc prea mult şi că ar fi mai bine să-mi acord un răgaz pentru a-mi reveni.
5. Nu ar trebui să mă simt astfel.	Afirmaţie categorică	Eu mă simt astfel pentru că sînt deprimat. Probabil că o să-mi treacă.

Terapia cognitivă în cazul tendinţelor de tergiversare şi amînare

Există oameni care amînă lucrurile şi se blochează atunci cînd se simt deprimaţi sau anxioşi.

Test pentru măsurarea tendinţelor de amînare
(Burns, 1989, p. 171)
0 – Deloc (niciodată)
1 – Uneori (cîteodată)
2 – Moderat (aşa şi aşa)
3 – Mult (în mare măsură)

1. Amîn adesea ceea ce am de făcut, pentru că nu mă simt în stare sau că nu am dispoziția necesară.
2. Renunț să duc la îndeplinire diferite sarcini, fiindcă ele se dovedesc a fi mai dificile sau mai frustrante decît am anticipat.
3. Amîn lucrurile pentru că mi-e teamă de eșec.
4. Nu-mi place să încep ceva dacă simt că nu voi putea face perfect acel lucru.
5. Cred că nu am întreprins nimic de valoare pentru că sînt prea critic cu privire la munca mea.
6. Atunci cînd amîn lucrurile, mă simt vinovat și îmi spun că ar fi trebuit să mă apuc de treabă.
7. Adesea, amîn lucrurile dacă sînt supărat sau plictisit de semenii mei.
8. De multe ori sînt de acord să fac lucruri la care n-aș vrea să mă înham, dar îmi este foarte greu să spun nu.
9. Adesea, amîn lucrurile fiindcă simt că ceilalți fac pe șefii și exprimă cerințe nerațională față de mine.
10. De multe ori simt că am foarte multe lucruri de făcut, deși nu prea am chef să le duc la bun sfîrșit.

Fiecare item al testului descrie o stare de spirit specifică unor persoane care nu reușesc să fie productive.

Uneori, tendința de amînare ține de gîndurile și atitudinile persoanei, iar alteori, de relațiile cu cei din jur.

Diversele seturi atitudinale se întrepătrund unele cu celelalte.

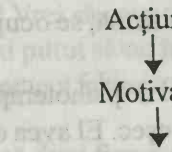
1. „A pune carul înaintea cailor."

Ce trebuie să existe mai întîi – motivația sau acțiunea productivă?

Dacă veți spune „motivația", veți da un răspuns incorect, care ilustrează modul de gîndire a multor persoane deprinse să amîne ceea ce au de făcut.

Aceștia își spun în gînd: „nu mă trage inima să fac asta. Voi aștepta pînă cînd o să-mi vină cheful". Problema este că cel care își spune așa ceva s-ar putea să aștepte la nesfîrșit, pentru că majoritatea sarcinilor sînt dezagreabile.

Oamenii care au succes în viață știu că trebuie să se apuce de treabă, indiferent dacă au sau nu chef. De îndată ce începem o acțiune, simțim dorința de a o continua, conform schemei:



(Burns, 1989, p. 170)

2. Modelul măiestriei perfecte

Persoanele cu tendință spre amînare au adesea idei nerealiste în legătură cu modul de funcționare a subiecților productivi, considerînd că aceştia se simt totdeauna siguri pe sine şi îşi ating cu uşurință obiectivele, fără să trăiască stări de frustrație, îndoieli sau eşecuri. Acest model al măiestriei perfecte este eronat, pentru că atingerea obiectivelor personale reprezintă un proces stresant şi presărat de obstacole.

Persoanele care au succes adoptă mai curînd un model de „a face față" (*coping model*), asumîndu-şi riscurile unei existențe frustrante, cu numeroase eşecuri şi respingeri presărate pe drumul către reuşită. Atunci cînd se confruntă cu obstacolele, ei consideră normal acest lucru şi persevereză.

3. Teama de eşec

Deşi sîntem înclinați să-i considerăm pe cei care amînă lucrurile ca fiind persoane leneşe şi iresponsabile, de multe ori ei sînt exact invers, succesul avînd o importanță majoră pentru ei. Decît să riște un eşec, preferă să nu întreprindă nimic.

Persoanele cu teamă de eşec îşi bazează autostima pe realizările lor. Astfel, dacă se confruntă cu un eşec la locul de muncă, se consideră ratați pe toate planurile. Ei îşi fixează ştacheta prea sus, aşa că devine periculos să încerce să întreprindă ceva.

Teodor şi-a deschis o mică afacere pentru comercializarea unor produse zaharoase. Deşi firma nu mergea ca pe roate, specialiştii erau de părere că, dacă s-ar depune mai multe eforturi, ea ar putea să prospere. Cu toate acestea, Teodor îşi neglija afacerile şi, în loc să meargă la firmă, se ocupa de treburi lipsite de importanţă.

O dată ajuns în cabinetul de psihoterapie, pacientul a afirmat că simte o teamă teribilă de eşec. El avea o firmă proprie pentru prima dată, pînă atunci lucrînd pentru alţii.

Dialogul desfăşurat între pacient şi terapeut a fost următorul:

T (terapeutul): – Să presupunem că încerci şi nu reuşeşti. Ce ar însemna asta pentru tine?

P (pacientul): – Firma la care am lucrat înainte avea serioase probleme financiare, dar acest lucru nu mă îngrijora, pentru că lucram pentru altcineva. Simţeam că pot fi de folos într-un fel sau altul. Dar dacă propria mea firmă ar da faliment, aş considera asta ca pe un eşec personal.

T: – Şi de ce te-ar supăra atît de mult acest lucru?

P: – Asta ar însemna că sînt un ratat!

T: – Să presupunem că ai fi un ratat. Ce ar reprezenta asta pentru tine?

P: – Oamenii îşi vor da seama că sînt un ratat!

T: – Şi atunci ce se va întîmpla?

P: – Ei nu mă mai vor iubi!

T: – Cine nu te va mai iubi?

P: – Soţia, copiii... fiul meu. Fiul meu lucrează cu mine. Probabil că îşi va pierde respectul pentru mine.

Acest fragment de dialog evidenţiază nevoia resimţită de Teodor de a cîştiga dragostea celor din jur.

Terapeutul i-a sugerat tehnica imaginării situaţiei anxiogene sub forma jocului de rol.

„Să presupunem că firma ta a dat faliment. Eu (terapeutul) voi juca rolul fiului tău, dar voi căuta să fiu mult mai ostil decît orice fiu real. Tu (Teodor) vei juca propriul tău rol."

Dialogul psihoterapeutic îmbracă următoarea formă:

Fiul (terapeutul): – Tată, cum îți merge afacerea?

Tatăl (pacientul): – Nu prea bine, fiule. Mă tem că vom da faliment. Nu am nici o posibilitate să achit toate facturile.

Fiul: – Faliment? Vrei să spui că afacerea a eşuat? Ne vom pierde şi casa? Cum ai putut să ne faci aşa ceva?

Tatăl: – Sîntem în pragul falimentului şi s-ar putea să fim nevoiți să ne mutăm.

Fiul: – Ai reuşit să duci firma de rîpă! Acum, cînd am mai mare nevoie de ajutorul tău financiar ca să mă pot înscrie la colegiu, mă laşi „baltă"!

Tatăl: – Va trebui să dai şi tu o mînă de ajutor. Vom ieşi la liman, dar e nevoie să punem toți umărul, doar sîntem o familie!

Fiul: – Vai, tată, e îngrozitor!

Tatăl: – Înțeleg ce simți, dar de ce ți se pare atît de îngrozitor?

Fiul: – Nici un alt tată nu are asemenea probleme. Toți se descurcă bine. Tu de ce nu eşti în stare? Ce vor crede oamenii despre noi?

Tatăl: – Eu aş fi mai interesat de ceea ce crezi tu despre mine. Pari tare supărat!

Fiul: – Ei bine, sînt! La ce te aştepți cînd ai un tată falit?

Tatăl: – Se pare că ar fi trebuit să am succes şi o mulțime de bani ca să mă iubeşti.

Acum, Teodor s-a confruntat în plan imaginar cu teama sa cea mai cumplită. El s-a temut de respingere şi de eşec încă de cînd era copil, dar nu s-a confruntat niciodată cu aceasta în plan real. În loc să fie şocat, pacientul a început să rîdă, pentru că teama sa cea cumplită i s-a părut ridicolă.

Terapeutul i-a explicat faptul că teama respectivă avea la bază mai multe distorsiuni cognitive:

- amplificarea sau catastrofizarea consecințelor financiare ale traversării unei perioade mai puțin faste în derularea afacerii.
- citirea gîndurilor: pacientul consideră că soția şi fiul îl vor respinge dacă va eşua în afaceri.

- personalizarea: dacă cineva îl va respinge pentru că a eşuat în afaceri, aceasta va fi problema persoanei respective şi nu a pacientului în cauză.

4. Perfecţionismul

Mulţi oameni nutresc convingerea că trebuie să facă perfect orice lucru şi că vor primi un fel de premiu special dacă vor fi cei mai buni. Din nefericire, perfecţioniştii îşi fixează standarde atît de înalte încît adesea ajung să nu mai facă nimic. În schimb, dacă coboară ştacheta, devin mai relaxaţi şi în consecinţă vor fi mai productivi şi mai creativi.

Burns (1989, p. 176) subliniază faptul că perfecţionismul compulsiv (patologic) nu poate fi identificat cu urmărirea unor standarde înalte în activitate.

Iată cum diferenţiază autorul cele două tipuri de atitudini:

Perfecţionism patologic	*Tendinţă sănătoasă de autodepăşire*
1. Subiectul este motivat de teama de eşec sau de sentimentul datoriei.	1. Subiectul este plin de entuziasm şi consideră procesul creativ ca fiind satisfăcător prin el însuşi.
2. Persoana se străduieşte să fie numărul unu, dar realizările, deşi mari, nu o satisfac niciodată.	2. Eforturile îi produc subiectului sentimente de satisfacţie şi împlinire, chiar dacă nu ocupă primul loc pe scara ierarhică.
3. Subiectul nutreşte sentimentul că trebuie să-şi cîştige autostima. El crede că trebuie să fie foarte special, foarte inteligent sau plin de succes pentru a fi iubit şi acceptat de ceilalţi.	3. Subiectul se bucură de sentimentul autostimei necondiţionate. El nu crede că trebuie să cîştige impresionîndu-i pe ceilalţi cu inteligenţa sau succesele sale.
4. Subiectul este îngrozit de eşec. Dacă nu atinge un obiectiv important, se simte ratat ca fiinţă umană.	4. Subiectul nu se teme de eşec pentru că îşi dă seama că nici un om nu poate avea numai succese. Deşi eşecurile îl dezamăgesc, el le vede ca pe o ocazie de a învăţa şi de a evolua.

Perfecționism patologic	*Tendință sănătoasă de autodepășire*
5. Subiectul crede că trebuie să fie puternic și să-și controleze perfect emoțiile. El se jenează să manifeste vulnerabilitate și sentimente ca tristețe, insecuritate sau furie, pentru că își închipuie că ceilalți îl vor desconsidera.	5. Subiectul nu se teme să pară vulnerabil în fața celorlalți sau să-și împărtășească sentimentele persoanelor la care ține. Acest lucru îl face să se simtă mai apropiat de acestea.

5. Absența satisfacției în urma realizării unei acțiuni

Persoanele care au senzația că sînt recompensate pentru ceea ce fac se vor simți motivate să lucreze și mai mult. Dacă însă nimic din ceea ce întreprindem nu este destul de bun, viața va deveni o corvoadă lipsită de bucurie.

Subiecții foarte productivi și creativi își acordă lor înșile credit pentru acțiunile lor, sînt implicați în activitate, se bucură de ea și se gîndesc la ea într-un mod pozitiv.

Cei care tergiversează lucrurile procedează invers, blamîndu-se permanent și spunîndu-și în gînd că munca lor nu a fost destul de bună sau că e lipsită de importanță.

De regulă, se consideră că recompensele ne vin din afară: laude, premii, promovări, care desigur sînt agreabile și ne motivează în mare măsură. Cu toate acestea, recompensele cele mai solide ne vin din interior, pentru că numai gîndurile noastre ne pot face să ne simțim bine sau rău. Dacă nu ne acordăm credit, nu vom fi niciodată convinși că facem ceva suficient de bine pentru a ne satisface, astfel încît nici nu mai merită să încercăm.

6. Afirmațiile categorice

Persoanele cu tendința de amînare își spun adesea: „trebuie neapărat să fac acest lucru".

Asemenea afirmații categorice nu sînt mobilizatoare, pentru că ne fac să ne simțim culpabili și înclinați să evităm sarcinile.

Cu cît ne spunem mai mult că „trebuie" să rezolvăm ceva, cu atît mai greu ne este să ne apucăm de lucru.

Burns (1989) propune înlocuirea imperativelor categorice (trebuie) cu autocomenzi mai blînde: „ar fi mai bine pentru mine să întreprind acest lucru".

O astfel de afirmație nu sună atît de moralizator și nu ne face să ne simțim vinovați sau să ne răzvrătim.

7. Tendințele pasiv-agresive

Printre persoanele cu tendința de amînare există și indivizi care se tem să-și exprime în mod direct și deschis sentimentele de ostilitate. Astfel, așa cum subliniază psihanaliștii, „uităm" să dăm înapoi o carte unei persoane care ne-a supărat sau să facem un serviciu solicitat de un individ antipatic. Putem să întîrziem cu regularitate la ședințe, pentru că șeful ne enervează sau să uităm să ducem gunoiul fiindcă ne supără cicăleala soției.

De cele mai multe ori, subiectul nu este conștient de faptul că tendința sa de amînare este frustrantă pentru cei din jur, sentimentele de ostilitate fiind reprimate și conducînd la bine cunoscutele „acte ratate".

Terapeutul recomandă subiecților care se află în această situație să se întrebe cine anume din anturajul lor imediat se simte frustrat de permanentele lor amînări și, dacă persoana a fost identificată, ei trebuie să se întrebe în ce măsură persoana respectivă nu i-a supărat sau enervat cîndva.

8. Lipsa de asertivitate

Există și indivizi a căror tendință de amînare se explică prin faptul că nu sînt asertivi și, din acest motiv, acceptă lucruri pe care nu doresc cu adevărat să le facă.

Subiecții respectivi își bazează excesiv de mult autostima pe spusele celorlalți, și de aceea se străduiesc să răspundă tuturor așteptărilor acestora din urmă, ei fiind îngroziți de critică sau de dezaprobare.

De asemenea, le este teamă să spună **nu** şi să-şi asume riscul de a supăra pe cineva.

Pentru subiecţii care se integrează în această categorie, amînarea devine un fel de grevă.

9. Hipersensibilitatea la constrîngere

Putem să amînăm ceea ce trebuie să facem şi pentru că avem sentimentul că ceilalţi acţionează prea autoritar sau ne impun solicitări neraţionale.

În acest caz, tendinţa de amînare reprezintă tot o manieră indirectă de exprimare a iritării faţă de persoana care îi impune subiectului un anume lucru.

Într-o dimineaţă, o pacientă obeză, Silvia, s-a hotărît să înceapă o cură de slăbire. Ea a rezistat foarte bine toată ziua. Seara a venit soţul ei, care nu era la curent cu decizia Silviei şi i-a spus că ar fi bine s-o lase mai moale cu dulciurile. Silvia i-a spus pe un ton răstit: „mănînc ce vreau eu" şi a înghiţit în faţa lui un borcan de dulceaţă cu o pîine, pentru a-şi dovedi indepedenţa.

10. Lipsa dorinţei de a întreprinde ceva

Ultima şi cea mai banală cauză a tendinţei de amînare este absenţa dorinţei de a duce la bun sfîrşit acţiunea respectivă.

În loc să admită în mod onest faptul că nu doreşte să facă un anumit lucru şi să ia o decizie conştientă de a nu-l face, subiectul ocoleşte problema şi face afirmaţii de genul: „Am tendinţa de a tergiversa lucrurile, probabil că sînt un leneş!".

Model de psihoterapie pentru tendinţele de amînare

(Program în cinci trepte; Burns, 1989, p. 183)

Alegeţi o activitate pe care aveţi tendinţa de a o amîna la nesfîrşit. Activitatea trebuie să fie cît se poate de concretă.

Etapa I

Întrebați-vă de ce trebuie să nu mai tergiversați lucrurile. Faceți o listă a avantajelor renunțării la tendința de a amîna acțiunea respectivă. Nu uitați că tendința de amînare prezintă o serie de avantaje: constituie o cale ușoară, puteți face altceva mai plăcut în timpul respectiv, aveți posibilitatea să evitați o muncă dificilă, nu trebuie să vă confruntați cu eșecul, puteți să-i frustrați pe cei care vă presează sau vă cicălesc ori îi puteți împiedica pe alții să vă preseze și să vă împovăreze cu prea multe sarcini etc.

Trecînd în revistă toate aceste avantaje, poate că nu mai doriți să vă schimbați, renunțînd la tendința de amînare.

Notați apoi dezavantajele tendinței de a tergiversa lucrurile și realizați o analiză a costurilor și beneficiilor.

Sarcina amînată: „Să fac ordine pe birou".

Avantajele amînării acțiunii	*Dezavantajele*
1. Pot să fac altceva în timpul respectiv.	1. Mă simt vinovat ori de cîte ori mă uit pe biroul în dezordine.
2. Dacă îmi scot din minte treaba asta, nu va mai trebui să mă gîndesc la ea.	2. Mă simt dezordonat și nu mă mai respect pe mine însumi.
3. Camera mea de lucru are un aer boem.	3. Camera arată groaznic și mama mea se enervează.
	4. Nu simt satisfacția lucrului dus la bun sfîrșit.
40	60

Avantajele și dezavantajele tendinței de amînare se evaluează pe o scală de la 0 la 100.

În continuare, realizați o listă a avantajelor și dezavantajelor pe care le aveți dacă începeți treaba imediat.

Avantaje	*Dezavantaje*
1. Probabil mă voi simți mai bine dacă voi începe odată.	1. Îmi va fi greu să mă lupt cu dezordinea.
2. Voi fi mai organizat și voi putea găsi lucrurile pe care le caut.	2. Sînt multe alte lucruri pe are trebuie să le fac.
3. Camera va arăta mai bine.	3. Mi-ar putea lua mult timp să fac treaba asta.
4. Mama va fi plăcut surprinsă.	
55	45

Etapa a II-a: Elaborarea planului de acțiune.

În cazul în care ați decis că avantajele de a începe treaba imediat prevalează asupra dezavantajelor, precizați momentul în care vă veți apuca de lucrul respectiv.

Alcătuiți apoi o listă cu posibilele obstacole care vă pot împiedica să treceți la acțiune.

Mariana, profesor universitar, amîna mereu să-și scrie cursul, pentru că nu era sigură că este bun.

După completarea analizei costurilor și beneficiilor, ea a acceptat să scrie între orele 15 și 16.

Terapeutul i-a cerut să redacteze o listă a obstacolelor care ar putea-o împiedica să-și îndeplinească sarcina:

1. Puteam să nu am chef să mă apuc de treabă atunci cînd se face ora 15.
2. Puteam fi distrasă de alte activități. Poate că ar trebui să-mi fac mai întîi ordine pe birou.
3. Un student îmi poate cere o consultație.
4. După ce voi scrie primele rînduri, mă voi simți incapabilă și voi ajunge la concluzia că nu am nimic important de spus.

În continuare, terapeutul i-a cerut să găsească soluții pentru a combate fiecare obstacol în parte:

1. Îmi voi spune că am luat decizia să lucrez la curs între orele 15 şi 16, indiferent dacă am sau nu chef.
2. Pot să lucrez la curs şi în bibliotecă, nu neapărat în biroul meu. Astfel, nu voi fi distrasă de dezordinea din birou.
3. Dacă un student îmi cere o consultaţie, pot să-i spun că sînt ocupată între 15 şi 16.
4. Pot să notez cîteva idei timp de o oră, chiar dacă nu sînt sigură în ce măsură am sau nu ceva de spus. Îmi voi acorda credit pentru asta.

Etapa a III-a: Faceţi ca sarcina să devină mai uşoară.

O sarcină dificilă poate fi simplificată dacă ne fixăm obiective realiste şi nu perfecţioniste. Lucrurile ne ies mult mai bine atunci cînd nu ne străduim excesiv.

O altă modalitate de a simplifica sarcina este împărţirea ei în paşi mici, astfel încît să nu ne mai simţim copleşiţi de complexitatea sa.

Secretul constă în a ne concentra „aici şi acum" şi nu asupra a ceea ce avem de făcut în viitor.

Etapa a IV-a: Gîndiţi pozitiv!

Atunci cînd vă gîndiţi la o sarcină pe care aveţi tendinţa s-o evitaţi, vă simţiţi iritaţi şi chiar nu o duceţi la îndeplinire. Acest lucru se întîmplă pentru că vă bombardaţi cu mesaje negative care vă fac să vă simţiţi vinovaţi şi depăşiţi de eveniment.

Terapeutul recomandă ca atunci cînd identificăm tendinţa de amînare să ne întrebăm ce ne spunem în gînd. (Ce gînduri negative ne vin în minte? Notaţi gîndurile negative identificate, legate de acţiunea pe care nu doriţi s-o îndepliniţi).

Veţi constata că vă gîndiţi la sarcina respectivă într-un mod nerealist, lipsit de logică.

Aron Beck a denumit aceste gînduri prin termenul de GIS, care înseamnă gînduri ce interferează cu sarcina[1]. Acestea trebuie înlocuite cu GOS – gînduri orientate spre sarcină[2].

---

1 în limba engleză: *TIG – Task Interfering Cognitions.*

2 în limba engleză: *TOC – Task Oriented Cognitions.*

Se aplică tehnica „GIS–GOS" (TIC–TOC), care implică înlocuirea gîndurilor negative ce interferează cu sarcina cu gînduri pozitive, orientate spre sarcină.

Gîndurile orientate spre sarcină sînt pozitive şi realiste şi îl fac pe subiect să se simtă mai productiv şi mai motivat.

Iată un exemplu (Burns, 1989, p. 196):

Să presupunem că o persoană are de scris numeroase scrisori de mulţumire şi amînă la nesfîrşit redactarea acestora.

Subiectul în cauză îşi spune în gînd: „trebuie să scriu toate aceste scrisori".

Afirmaţia implică eroarea logică ce ţine de gîndirea de tipul „totul sau nimic", pentru că el îşi închipuie că trebuie să scrie toate scrisorile într-o singură zi. Acest lucru îl va face să se simtă depăşit şi, în consecinţă, nu se va mai apuca de nimic.

Gîndul negativ care interferează cu sarcina trebuie substituit cu un gînd orientat spre sarcină, care ar putea fi formulat astfel:

„Nu e nevoie să le scriu pe toate astă-seară, dar mă voi simţi cu siguranţă mult mai bine dacă voi scrie măcar una".

Burns (1989, p. 197) ne prezintă un model de analiză GIS–GOS (Gînduri care interferează cu sarcina – Gînduri orientate spre sarcină):

- Ce acţiune tindeţi să amînaţi? Descrieţi-o în detaliu.

„Să scriu numeroase scrisori de mulţumire."

- Ce sentimente negative aveţi atunci cînd vă gîndiţi la respectiva acţiune?

Utilizaţi termeni ca: anxios, vinovat, frustrat, copleşit etc. şi evaluaţi cît de puternic este sentimentul respectiv, pe o scală de la 0 la 100.

1. Vinovat – 80

2. Plictisit – 90

3. Lipsit de motivaţie – 90

Gînduri care interferează cu sarcina	*Distorsionări cognitive*	*Gînduri orientate spre sarcină*
1. Trebuie să scriu toate aceste scrisori.	1. Gîndire de tipul „totul sau nimic".	1. Nu este nevoie să le scriu astăzi pe toate, dar probabil că mă voi simți mult mai bine dacă voi scrie măcar una.
2. Pot să le amîn pînă cînd voi fi în dispoziția de a le scrie.	2. Judecată afectivă (Subiectul așază căruța înaintea cailor, pentru că acțiunea precede motivația.)	2. Nu este neapărat nevoie să am dispoziția potrivită pentru a le scrie. Probabil că e de ajuns să încep, ca să-mi vină cheful.
3. Chiar trebuie să le scriu acum, dar nu mă simt în stare.	3. Raționament de tip categoric. Judecată afectivă.	3.Ar fi în avantajul meu dacă aș începe acum.
4. Va fi îngrozitor să le scriu. Mai bine mă uit puțin la televizor.	4. Ghicirea viitorului.	4. De unde știu că va fi îngrozitor? Poate că nu-i chiar așa. Ar fi bine să scriu o scrisoare ca să mă conving. Să mă uit la televizor poate să nu fie o acțiune chiar atît de plăcută, pentru că apoi mă voi simți vinovat că nu am scris scrisorile.

Etapa a V-a: Acordați-vă credit!

De îndată ce începeți să desfășurați o activitate pe care aveați tendința s-o amînați, acordați-vă credit, în loc să vă autosabotați.

O pacientă casnică a afirmat că lucra toată ziua în gospodărie iar seara, în loc să se declare mulțumită de munca ei, era obsedată

de lucrurile pe care nu apucase să le facă, ceea ce îi dădea senzația că își irosise tot timpul.

Încercînd să interpretăm acest caz, am putea spune că, de fapt, persoanei respective nu-i plăcea ceea ce făcea. Sentimentele și gîndurile negative reprezentau modul ei de a spune că ar fi preferat să urmeze o facultate decît să fie casnică.

Poate fi adevărată și varianta conform căreia ducerea la bun sfîrșit a unui lucru dezagreabil, din sentimentul datoriei, o proteja de riscul unui eșec în cazul în care ar fi întreprins ceva nou.

Această modalitate de a aborda existența îi va transforma întreaga viață într-o corvoadă lipsită de sens.

Burns (1989, p. 201) subliniază necesitatea de a ne analiza motivațiile și de a acorda prioritate acelor acțiuni pe care le realizăm cu plăcere și entuziasm.

Urmărirea și atingerea unor obiective solicită eforturi intense, dar dacă ceea ce facem are un sens pentru noi, activitatea va deveni mai ușoară și mai agreabilă.

Cum să luptăm împotriva temerilor noastre și să ieșim victorioși

Un bărbat de 35 de ani a fost cuprins dintr-o dată de o puternică durere de stomac. El și-a implorat soția să cheme salvarea. În timp ce se afla în suferință, în mintea lui se derulau imagini terifiante legate de perfuzii, operații, reanimare. După 20 de minute a sosit salvarea, iar durerea a dispărut ca prin farmec. Examinarea medicală nu a evidențiat nici o cauză organică a bolii.

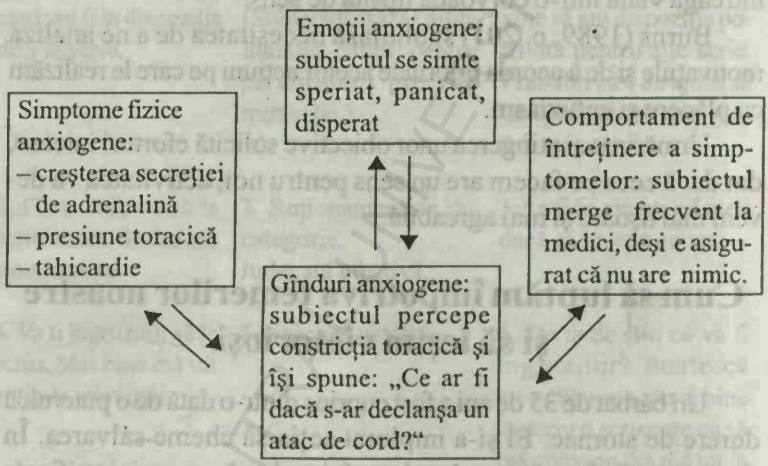
După o lună, același pacient se plimba cu soția printr-un supermagazin și dintr-o dată a fost cuprins de amețeală și a simțit nevoia imperioasă de a părăsi clădirea. În timp ce aștepta un taxi, picioarele îi tremurau, inima îi bătea foarte tare și transpira din abundență. Pacientului îi era jenă de starea prin care trecea și făcea mari eforturi să se controleze. În momentul sosirii taximetrului, simptomele au dispărut.

Subiectul în cauză era un prosper om de afaceri, căsătorit cu o femeie frumoasă şi bogată, avea un copil reuşit şi o reputaţie excelentă.

Tulburarea de care suferea nu era altceva decît un atac de panică.

Atacul de panică este provocat, de regulă, de gînduri negative cu conţinut anxiogen. O dată declanşat, gîndurile, sentimentele şi simptomele fizice se potenţează reciproc, formînd un cerc vicios ca în figura de mai jos. (Burns, 1989, p. 223)

Teama de a nu face un atac de cord



Se poate constata că atacul de panică este provocat de gînduri negative. Inima începe să bată mai repede, iar gîndurile nu fac decît să stimuleze secreţia de adrenalină, care accentuează reacţiile vegetative. Senzaţiile de alarmă declanşează gîndul: „Desigur, ceva este în neregulă cu mine!", gînd care provoacă şi mai multă teamă şi accentuează simptomele fizice anxiogene.

Subiectul se simte tot mai anxios şi îşi spune că, dacă nu ar fi în pericol, nu ar fi atît de speriat. Acesta reprezintă un exemplu de logică afectivă, deoarece persoana consideră propriile stări afective ca reprezentînd o dovadă că pericolul e real.

Acțiunile întreprinse de subiect conduc și ele la exar-cerbarea simptomelor: el stă în pat, cufundat în gînduri negre, evită eforturile fizice și merge de la un medic la altul.

Aceste temeri, deși foarte puternice, nu sînt expresia unui pericol real.

Marcela, o tînără ingineră de 29 de ani, mamă a doi copii, a început să facă jogging pentru a slăbi. În timp ce alerga, Marcela a început să fie obsedată de ideea că își suprasolicita inima. După ce alerga, ea se așeza pe un fotoliu și își urmărea cu atenție bătăile inimii. Pentru că făcuse efort, inima bătea mai repede și pacienta simțea și o presiune în piept. Aceste senzații au determinat-o să creadă că se afla în faza incipientă a unui atac de cord. Tînăra a început să se imagineze într-o secție de urgență a unei clinici de cardiologie. Imaginile îi provocau o panică din ce în ce mai mare. La un moment dat, panica devenea atît de puternică încît ea ieșea repede din casă și se posta în fața policlinicii de vizavi. Ideea era că, dacă va face un atac de cord, medicii și asistentele o vor observa și o vor salva. După ce petrecea 15-20 de minute în fața policlinicii, simptomele dispăreau și Marcela revenea acasă liniștită, dar jenată de comportamentul ei absurd.

Pacienta și-a făcut numeroase controale la cardiologie, unde nu i s-a găsit nimic. Cu toate acestea, comportamentul ei nevrotic persista: ori de cîte ori încerca să alerge, își spunea în gînd „Poate că de data aceasta voi face un atac de cord. Cum pot fi sigură că n-o să-l fac?".

În timpul ședinței de psihoterapie, terapeutul i-a cerut pacientei să facă un experiment de hiperventilație (să respire rapid și profund de mai multe ori) și să-și imagineze că se află într-o secție de urgență la cardiologie.

În 30 de secunde, pacienta a devenit palidă, a simțit o puternică presiune toracică și a afirmat că în acel moment chiar va face infarct.

Terapeutul i-a cerut să aprecieze cît de nervoasă și speriată se simte, pe o scală de la 0 la 100. Clienta și-a notat starea de anxietate cu 99 de puncte.

Planul de psihoterapie a cuprins următoarele metode:

1) Metoda experimentală

Terapeutul i-a cerut pacientei să facă un experiment, pentru a afla dacă este sau nu în pragul unui infarct.

T: „Dacă infarctul s-ar produce chiar acum, ar fi ceva anume ce nu ai putea face?"

P: „Aş fi slăbită şi aş simţi o durere foarte puternică."

T: „Exact! Şi atunci ce ai face pentru a-ţi da seama dacă a fost sau nu vorba de un infarct?"

P: „Aş verifica dacă pot sta în picioare, dacă pot merge sau alerga. Dacă sînt în stare să fac toate acestea, înseamnă că nu sînt victima unui infarct!"

Terapeutul i-a cerut să realizeze efectiv toate acţiunile respective şi, în timp ce le executa, simptomele i-au dispărut.

Tehnica experimentală a fost recomandată şi ca temă pentru acasă, atunci cînd se instala teama de a face infarct.

În cazul de faţă, metoda utilizată a dat rezultate foarte bune şi simptomatologia s-a remis după cîteva şedinţe.

Rezultatele metodei experimentale nu sînt totdeauna atît de spectaculoase, dar tehnica s-a dovedit în general utilă pentru a demonstra faptul că temerile pacienţilor sînt nefondate.

În cazul unui pacient cu simptome asemănătoare, care avea însă reţineri în privinţa exerciţiilor fizice, terapeutul a propus un plan care viza experimentarea în trepte:

1. Voi vedea dacă pot face cinci respiraţii profunde. Acest lucru îmi va demonstra că pot respira normal.
2. Voi ridica braţul drept de cinci ori.
3. Dacă mă simt bine, voi ridica ambele braţe de cinci ori.
4. Mă voi ridica şi mă voi aşeza.
5. Dacă merge, mă voi plimba înainte şi înapoi prin cameră.
6. Îmi voi atinge genunchii, vîrfurile degetelor de la picioare şi podeaua.
7. Mă voi ridica şi mă voi aşeza de cinci ori.

8. Mă voi plimba în jurul blocului.
9. Voi alerga în jurul blocului.

Pacientul s-a convins că, dacă va realiza toate cele 9 exerciții, aceasta înseamnă că nu a suferit un atac de cord.

2) Metoda paradoxală

Şi această metodă îl poate convinge pe subiect că frica sa de a claca sau de a înnebuni este irațională.

Dacă pacientul devine anxios în timpul şedinței de psihoterapie şi afirmă că se teme să nu-şi piardă autocontrolul sau să nu înnebunească, terapeutul i se va adresa astfel (Burns, 1989, p. 229):

„Ştiu că te temi de mai multă vreme să nu-ți pierzi controlul. Acum este momentul cel mai potrivit să treci prin asta. De altfel, eşti în cabinet, împreună cu un psihoterapeut. Haide, fă-o acum! Străduieşte-te din răsputeri să-ți pierzi controlul şi să înnebuneşti!". Uluiți, majoritatea pacienților afirmă că nu au înțeles ce li se cere.

Pentru subiecții inhibați, terapeutul poate demonstra făcînd unele gesturi ieşite din comun.

Invitați să înnebunească, de regulă, pacienții rîd şi îşi dau seama că nu îşi pot pierde controlul chiar dacă se străduiesc foarte tare.

3) Exerciții de provocare a unor situații jenante

Persoanele care suferă de atacuri de panică se tem adesea că îşi vor pierde controlul şi se vor comporta ridicol în fața celorlalți.

Astfel, una dintre pacientele noastre a afirmat că se temea să se afle în locuri de unde nu putea ieşi: într-un magazin, într-o sală de cinematograf, la biserică sau la o conferință. Ea se simțea prinsă într-o capcană şi declanşa un atac de panică. Pacienta se imagina fiind cuprinsă de o criză de isterie, luînd-o la fugă şi făcîndu-se de rîs într-un loc public.

La fel ca majoritatea subiecților anxioşi, pacienta considera că este obligatoriu să aibă mereu un control perfect asupra tuturor emoțiilor sale şi că toți oamenii se vor uita la ea dacă se simte

nervoasă şi nesigură. Aceste atitudini o făceau să se simtă încordată şi să-şi piardă spontaneitatea în situaţii sociale.

O modalitate de a contracara această teamă este metoda lui Albert Elis de confruntare cu situaţia anxiogenă, în cadrul căreia subiectului i se cere să se dea în spectacol în mod deliberat. Se porneşte de la ideea că, dacă acesta va întreprinde lucrul de care se teme cel mai mult, nu se va sfîrşi pămîntul!

Iată cîteva exemple de astfel de exerciţii (Burns, 1989, p. 231):

a) „Intraţi într-un magazin aglomerat şi anunţaţi cu voce tare ora exactă. Aşteptaţi pînă cînd lumea se întoarce să vă privească şi repetaţi ora exactă cu voce tare şi clară."
b) „Anunţaţi fiecare staţie aflîndu-vă într-un autobuz aglomerat."
c) „În timpul unei conversaţii serioase cu un prieten, introduceţi-vă un creion în nas şi lăsaţi-l acolo un timp."

4) Exerciţii de expunere la situaţiile anxiogene

Pacienţii care suferă de frici sau fobii au tendinţa de a evita situaţiile de care se tem şi, cu cît le ocolesc mai tare, cu atît problema lor se accentuează.

Dimpotrivă, confruntarea cu situaţiile anxiogene ne ajută să le depăşim, pentru că ne permite să aflăm faptul că acea catastrofă de care ne speriem nu se produce în realitate.

În loc să încerce să-şi controleze anxietatea, subiectul este sfătuit să lase simptomele să-şi urmeze cursul, fără a lupta împotriva lor.

Tehnica expunerii în plan real (*in vivo*) se mai numeşte şi tehnica imersiunii („flooding").

Aşa cum am subliniat mai sus, esenţa ei constă în faptul că pacientul se expune situaţiei anxiogene şi se lasă „înecat" de simptomele deranjante. Acestea din urmă ating un punct culminant şi apoi dispar. De pildă, un subiect cu fobie de ascensor poate merge cu liftul în sus şi în jos pînă cînd anxietatea dispare. Oricît de speriat s-ar simţi, pacientul trebuie să rămînă în lift.

Unii pacienți și-ar putea însă închipui că există situații cînd obiectul fobiei noastre este cu adevărat periculos: un șarpe veninos sau un cîine rău.

Trebuie să subliniem însă faptul că fobiile sînt frici irațională care se interpun în cale unei existențe normale.

Teama de un șarpe veninos este justificată, aceasta nereprezentînd o fobie.

Persoanele cu fobii de șerpi, cîini sau insecte se tem de orice exemplar, chiar dacă acesta nu este periculos.

Burns (1989, p. 233) indică pacienților care doresc să utilizeze tehnica expunerii să împartă o foaie de hîrtie în trei coloane:

- în prima coloană se notează timpul expunerii (din două în două minute);
- în coloana a doua se notează nivelul anxietății, pe o scală de la 0 la 100;
- în coloana a treia se notează toate gîndurile și reprezentările anxiogene.

Acest gen de jurnal îl ajută pe pacient să conștientizeze faptul că anxietatea sa nu va dura la nesfîrșit.

Sorin, inginer în vîrstă de 28 de ani, suferea de anxietate accentuată, atacuri de panică și dispoziție depresivă. Simptomele au apărut după ce pacientul a terminat facultatea și se accentuau cînd se afla la serviciu, departe de casă și mai ales atunci cînd călătorea cu avionul.

Problema de bază a lui Sorin era puternica sa teamă de singurătate.

Desigur, un psihanalist ar fi recomandat o cură de lungă durată, pentru a evidenția originile timpurii ale fricii subiectului. Cu toate acestea, terapia analitică nu și-a dovedit utilitatea în acest caz.

Intervenția aplicată de Burns (1989, p. 234) a avut însă efect.

Pacientului i s-a recomandat să rămînă singur timp de o săptămînă în apartamentul unui prieten care se afla în vacanță. La început, Sorin a fost îngrozit, temîndu-se că va înnebuni și nu va fi în stare să-și poarte singur de grijă. Pe măsură ce s-a scurs timpul,

el a constatat că a supraviețuit, și încrederea în forțele proprii a început să se întărească.

Unii pacienți nu suportă însă o expunere atît de dramatică și directă, ei preferînd una gradată.

Rachman (cit. Burns, 1989) a pus la punct o tehnică de expunere gradată, în cadrul căreia pacientul este ajutat de o persoană cu care se simte în siguranță. Metoda se numește „a parteneriatului". De pildă, unei paciente care se teme să călătorească singură cu autobuzul sau să aștepte singură în stație, dar care se simte în siguranță împreună cu prietenul ei, i se pot da următoarele sarcini:

- Să meargă pînă la stația de autobuz împreună cu prietenul.
- Apoi, acesta va lua autobuzul și va coborî la prima stație.
- Pacienta va lua autobuzul următor și va coborî la stația unde este așteptată de prieten.

Avantajul acestei tehnici constă în faptul că pacientul se îndreaptă spre o zonă de siguranță, în loc să se gîndească la faptul că va trebui să se confrunte singur cu temerile sale.

De asemenea, metoda permite realizarea unei cooperări active cu unul din membrii familiei sau cu un prieten, pentru că adeseori persoanele din anturajul unui subiect agorafobic ar dori să-l ajute, dar nu știu cum să procedeze.

5) Metoda jurnalului zilnic

Atunci cînd subiectul se simte anxios, i se cere să noteze gîndurile negative care îi vin în minte, să identifice distorsionările cognitive și să le înlocuiască cu gînduri mai realiste.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu (Burns, 1989, p. 263).

Etapa 1: Descrieți situația care vă sperie

„Gîndul că voi muri."

Etapa a 2-a: Notați sentimentele negative (0–100)

Teamă – 99

Etapa a 3-a: Tehnica celor trei coloane

Gînduri negative automate 0–100	*Distorsionări cognitive*	*Răspunsuri raționale* (Gînduri raționale alternative) 0–100
1. După ce voi muri n-o să mă mai pot bucura de multe lucruri: nu voi mai putea munci, nu voi mai putea juca tenis. Va trebui să renunț la toate acestea.	Filtru mental	1. Sînt multe situații cînd nu joc tenis sau nu lucrez, și acest lucru nu este atît de îngrozitor. După moarte nu voi fi conștient de faptul că nu lucrez sau că nu joc tenis.
2. Nimeni nu va avea grijă de soția și copiii mei. Aceștia vor înfrunta dificultăți, iar copiii nu vor avea succes fără îndrumarea mea.	Ghicirea viitorului	2. Adesea am lipsit mult timp de acasă și totuși nu s-a întîmplat nimic. Majoritatea oamenilor se descurcă atunci cînd pierd pe cineva drag. Nu văd de ce nu s-ar descurca și membrii familiei mele. Cei apropiați vor suferi o vreme, și acest lucru este normal, dar își vor regăsi fericirea așa cum fac și alți oameni.
3. Mi-e teamă de necunoscut și nu știu cum va fi după moarte.	Ghicirea viitorului	3. Moartea poate să însemne ceva sau „nimic". Dacă reprezintă „ceva" complet necunoscut sau nimic, nu văd de ce mi-ar fi teamă. Chiar ceea ce se va întîmpla peste cîteva minute sau cîteva ore reprezintă ceva necunoscut. M-am confruntat cu necunoscutul de cînd m-am născut și nu văd nici un motiv să nu mă descurc și în continuare.

Etapa a 4-a: Reevaluați cît de mult mai credeți în gîndurile negative automate (0–100).

Valeria, o femeie în vîrstă de 41 de ani, se temea să meargă cu trenul, închipuindu-și că va leșina în tren. Primul gînd automat pe care l-a notat Valeria a fost: „ce se va întîmpla dacă voi de-veni atît de încordată încît voi leșina?"

Pacienta a identificat distorsionarea cognitivă: ghicirea viitorului. Gîndul raţional alternativ a fost: „este puţin probabil că voi leşina în tren, mai ales că nu am leşinat niciodată pînă acum".

Următorul gînd negativ automat a fost: „Şi dacă totuşi voi leşina? Ar fi îngrozitor, şi cine îmi poate garanta că n-o să leşin?".

Şi în acest caz ne confruntăm cu distorsiunea cognitivă numită ghicirea viitorului, pentru că pacienta prevede posibile dezastre.

Se constată, de asemenea, şi prezenţa amplificării, pentru că pacienta îşi spune cît de îngrozitor va fi dacă i se vor adeveri previziunile.

Gîndul raţional alternativ este următorul: „De ce mi se pare atît de îngrozitor gîndul că voi leşina? Voi cădea pe podea şi mă voi trezi după cîteva minute. Voi observa probabil mai mulţi oameni care mă înconjoară şi care se vor oferi să mă ajute. Mă voi ridica, le voi adresa mulţumiri pentru grija lor şi le voi spune că totul este în regulă. Apoi mă voi aşeza pe locul meu şi voi ajunge la destinaţie."

Al treilea gînd automat al pacientei poate fi: „Toţi se vor uita cu dispreţ la mine. Ei vor crede că sînt nebună pentru că am leşinat!".

Distorsiuni cognitive: „citirea gîndurilor", „prevederea viitorului" şi „etichetarea", pentru că Valeria îşi ataşează eticheta de „nebună".

Gîndul raţional alternativ: „Nu există nici o dovadă că ei se vor uita la mine cu dispreţ. Oare eu aş dispreţui pe cineva sau l-aş considera nebun, doar pentru că a leşinat? Ar fi absurd!"

Al patrulea gînd negativ automat a fost: „Dar dacă cineva mă va dispreţui totuşi? N-aş putea suporta, ar fi îngrozitor!"

Distorsionări cognitive: „ghicirea viitorului" şi „amplificare".

Gîndul raţional alternativ propus: „De ce ar fi atît de îngrozitor? Ce mi-ar putea face? Ar ţipa la mine? S-ar încrunta? Şi-ar chema prietenii şi ar rîde de mine? Ar scrie la ziar că am leşinat? Dacă cineva mă dispreţuieşte pentru că am leşinat, aceasta reprezintă o atitudine imatură, care nu poate avea nici un efect asupra mea!"

Unii pacienți își apără temerile cu argumente de genul următor:

„Este mai sigur să-ți faci griji! Acest lucru te protejează împotriva nenorocirilor. Poate că teama mea va face ca avionul să nu se prăbușească!!! Poate că voi învăța mai bine de frică să nu pierd examenul!!

Dacă mă relaxez și gîndesc pozitiv, se va întîmpla ceva rău!"

Nu trebuie să uităm că un nivel redus al anxietății ne poate mobiliza, în timp ce o anxietate prea ridicată ne va face să ne simțim îngrozitor.

6) Analiza costurilor și beneficiilor

Persoana care suferă de o teamă sau are o fobie trebuie să se decidă dacă dorește sau nu să se elibereze de ea.

Este posibil ca o parte a psihicului să dorească să se elibereze de teamă, în timp ce alta rezistă schimbării, pentru că crede că fobia o ajută sau o protejează de ceva.

La unii pacienți există beneficii secundare ale menținerii fobiei. Astfel, agorafobicii sînt înconjurați de grija și atenția celor din jur, și la acest lucru nu este ușor de renunțat.

O modalitate de a rezolva această problemă este aplicarea analizei costurilor și beneficiilor.

Subiectul trebuie să-și adreseze întrebarea:

„La ce bun să mă îngrijorez și să prevăd catastrofe și în ce măsură mă împiedică acest lucru să am o viață normală?"

Notați avantajele și dezavantajele și evaluați-le unele în raport cu celelalte.

Elaborați apoi o nouă listă, cu avantajele și dezavantajele gîndirii pozitive și ale imageriei cu conținut optimist.

Dacă subiectul va ajunge la concluzia că dezavantajele menținerii fobiei sînt mai mari decît avantajele, el va fi mai motivat pentru schimbare.

7) Imageria cu conținut pozitiv

Oamenii care suferă de atacuri de panică sau fobii pierd mult timp imaginîndu-și tot felul de lucruri îngrozitoare.

Astfel, subiectul îşi poate imagina că îşi pierde controlul, că leşină în public sau că suferă de o boală gravă, că este în spital unde suferă teribil. Aceste manifestări nu sînt altceva decît fenomene de reverie diurnă. Dacă conţinutul acesteia este pozitiv, persoana se simte bine; dacă este negativ, aceasta se sperie sau devine deprimată.

Metoda de psihoterapie constă în identificarea acestor imagini negative şi înlocuirea lor în mod creativ, cu unele pozitive.

Vă puteţi imagina că vă aflaţi într-un loc agreabil, la munte sau la mare. Inspiraţi şi expiraţi adînc şi calm în timp ce creaţi imaginea mentală respectivă.

Tehnica dă rezultate şi mai bune atunci cînd este combinată cu autosugestii pozitive de tipul următor (Burns, 1989, p. 241): „Sînt lipsit de griji, calm, liniştit. Totul în jurul meu mă protejează. Soţia şi copiii se simt bine. Datoriile sînt plătite. Am mulţi prieteni apropiaţi şi multe lucruri plăcute de făcut. Simt o linişte şi o pace adîncă."

Burns (1989) recomandă următorul exerciţiu: „Aşezaţi-vă comod şi relaxaţi-vă. Relaxaţi toţi muşchii. Respiraţi calm şi liniştit. Acum imaginaţi-vă scena care vă sperie de obicei. Puteţi intensifica efectul respirînd rapid şi spunîndu-vă în gînd: «E îngrozitor! Nu pot suporta asta!». Observaţi cum încordarea şi teama se amplifică.

Acum «ştergeţi» imaginea respectivă şi proiectaţi o imagine liniştitoare. Respiraţi calm şi profund, alegînd acele scene care vă fac plăcere: scene de vacanţă, zile fericite etc. Administraţi-vă autosugestii pozitive şi observaţi cum dispoziţia vi se ameliorează."

8) Metoda distragerii

Constă în comutarea atenţiei de la gîndurile şi imaginile terifiante.

Se poate recurge la activităţi nu prea dificile, cum ar fi integramele sau alte tipuri de jocuri care cer concentrarea atenţiei, inclusiv calcule aritmetice.

Un alt tip de distragere îl constituie practicarea exerciţiilor fizice. În momentul în care subiectul devine stresat sau speriat, i

se recomandă să alerge, să înoate, să facă gimnastică sau să meargă în pas vioi.

Mersul pe distanțe lungi s-a dovedit util pentru subiecții depresivi, în timp ce exercițiile de scurtă durată, dar de intensitate mai mare sînt indicate în cazul terapiei anxietății și panicii. Întrebarea dacă exercițiile fizice produc modificări la nivelul biochimiei cerebrale sau nu fac altceva decît să oprească fluxul gîndurilor negative nu a fost deplin elucidată.

O altă modalitate de distragere constă în angajarea subiectului într-o activitate productivă sau de tip *hobby*.

9) Paradoxul acceptării

Mesajul care se ascunde în spatele acestei tehnici constă în faptul că, înainte de a ne depăși stările negative, trebuie să le acceptăm.

În general, este dificil să acceptăm astfel de stări, mai ales datorită următoarelor tipuri de atitudini:

a) Perfecționismul emoțional. Subiectul consideră că trebuie să fie tot timpul fericit și să aibă un control perfect al stărilor sale afective. După părerea lui, oamenii „normali" nu trebuie să se simtă anxioși, așa că se autoeticheteză drept „nevrotic" atunci cînd se simte nervos, speriat, trist sau nesigur.

b) Tendința spre catastrofizare. Persoana consideră că stările de anxietate sînt foarte periculoase și conduc la nebunie dacă scapă de sub control.

c) Teama de dezaprobare. Subiectul este convins că ceilalți îl vor disprețui dacă vor afla cît de nervos, timid sau nesigur se simte în anumite situații. Acesta crede că trebuie să-i impresioneze pe ceilalți, arborînd poza de „învingător".

d) Fobia de conflicte. Subiectul crede că oamenii amabili, care au relații bune cu cei din jur, nu trebuie să fie supărați sau agasați de ceilalți. Din acest motiv, ei nu-și permit să-și exprime sentimentele de ostilitate, insecuritate, iritare, gelozie etc.

e) Emotofobia. Reprezintă fobia de stări afective negative. Subiectul crede că nu trebuie să trăiască emoții negative, ca anxietatea, panica, frustrația, supărarea sau tristețea. Atunci cînd trăiește o astfel de emoție, el crede că s-a întîmplat ceva îngrozitor, amplificîndu-și trăirile afective negative (se supără pentru că se simte supărat).

Prezentare de caz

(Burns, 1989, p. 245)

Elena, o femeie de 32 de ani, a fost tratată de dr. Burns pentru atacuri de panică. Starea ei s-a ameliorat foarte repede, dar se temea că atacurile de panică ar putea reveni.

Terapeutul i-a spus că acest lucru este posibil şi i-a cerut să noteze gîndurile negative care îi vor apărea la următorul atac de panică. Acestea au fost:

„Sînt un caz lipsit de speranță!"

„Atacurile de panică sînt un semn de slăbiciune."

„Sînt o ființă inferioară. Trebuie să fie ceva în neregulă cu mine."

„Acest lucru este ruşinos. Oamenii mă vor disprețui."

Elena considera că atacurile ei de panică sînt un lucru oribil şi ruşinos, care trebuie ascuns.

Terapeutul a aplicat în cazul acestei paciente tehnica imaginării situației celei mai anxiogene, sub forma jocului de rol.

Elena a fost solicitată să joace rolul unei persoane care o disprețuieşte, în timp ce terapeutul se substituia pacientei.

În continuare, terapeutul i-a explicat pacientei că lumea nu se sfîrşeşte dacă ea se simte anxioasă sau deprimată. O dată acceptate ca atare, emoțiile negative vor avea tendința să se reducă. Dimpotrivă, dacă persoana respectivă îşi va nega stările, acestea se vor intensifica tot mai mult.

Dacă pacienta continuă să creadă că nu trebuie să simtă stări afective negative, terapeutul îi recomandă să facă o analiză a

costurilor şi beneficiilor situaţiei în care s-ar simţi totdeauna fericită şi cu un autocontrol perfect. Aceasta trebuie să noteze avantajele şi dezavantajele unui asemenea tip de atitudine.

Secretul unei terapii încununate de succes nu constă în transformarea pacientului într-un individ perfect, cu un autocontrol total, ci în acceptarea sa de către sine însuşi ca fiinţă imperfectă, dar care merită dragostea celorlalţi, fără a fi nevoită să lupte cu disperare împotriva emoţiilor negative.

10) Să înfruntăm situaţiile care ne tulbură

Subiecţii anxioşi au tendinţa de a evita conflictele şi problemele care îi afectează. Este bine ca ei să intre în contact direct cu acestea.

Datorită educaţiei, majoritatea oamenilor s-au deprins să nu-şi exprime deschis sentimentele, şi din acest motiv ei nu sînt echipaţi cu modele de comportament care să le permită să abordeze conflictele şi să-şi exteriorizeze sentimentele.

Una dintre consecinţele acestui fapt o constituie transformarea lor în indivizi anxioşi şi obsedaţi de tot felul de lucruri care nu au legătură cu problema reală. De pildă, un pacient începe să aibă tot felul de tulburări organice fără suport real şi merge de la un medic la altul, cînd de fapt problema ţine de viaţa pacientului, de relaţia cu familia sau cu prietenii ori de activitatea profesională.

Persoana în cauză respinge problema reală, o alungă din minte pentru că nu ştie cum să-i facă faţă sau fiindcă îşi închipuie că nu are dreptul să se simtă supărată sau deprimată.

Anxietatea reprezintă o modalitate simbolică de a masca problema reală.

Soluţia o constituie deprinderea pacientului de a-şi exprima mai direct sentimentele.

Un student la medicină, Radu, s-a necăjit pentru că prietena sa Andra s-a decis să plece în week-end în oraşul natal, ca să se întîlnească cu colegii de liceu. Cei doi au discutat mult şi pînă la urmă Radu a acceptat punctul de vedere al Andrei, mai ales că şi el avea de pregătit un examen.

Cu toate acestea, imediat după plecarea Andrei, el a început să se simtă încordat și iritat. Curînd, a observat că i-a apărut o erupție pe un braț și a contractat o tuse ușoară.

Fără nici un motiv, el s-a speriat la gîndul că este bolnav de SIDA, fapt improbabil, mai ales că nu avusese relații sexuale cu alte femei. Anxietatea sa a crescut atît de mult încît Radu s-a dus la spitalul unde își efectua stagiul și și-a făcut testul, care bineînțeles că a demonstrat faptul că era absolut sănătos.

În realitate, Radu s-a simțit stresat fiindcă a trebuit să-și petreacă singur week-end-ul. El însă și-a spus că nu e rezonabil, temîndu-se că dacă îi va mărturisi fetei că se simte rănit, ea îl va considera un om slab, lipsit de masculinitate. De asemenea, el credea că nu are dreptul să-i impună prietenei sale punctul de vedere.

Cum ar fi trebuit să i se adreseze Radu Andrei? El ar fi trebuit să spună ceva de genul următor: „Mă voi simți singur și un pic gelos în absența ta, pentru că te iubesc cu adevărat. Știu că este bine să te duci, dar o parte din mine ar dori să rămîi."

O astfel de afirmație i-ar fi dezvăluit fetei simțămintele lui, fără însă a-i cere în mod deschis să renunțe la întîlnirea cu colegii.

În timpul ședințelor de psihoterapie, cei doi au fost instruiți să comunice mai deschis unul cu celălalt și, în finalul terapiei, simptomele au dispărut. Aceasta nu înseamnă că Radu s-a vindecat în mod miraculos. Tendința de a-și reprima sentimentele este adînc înrădăcinată în el și s-ar putea ca în viitor, cînd ceva îl va supăra, să redevină obsedat că e bolnav de SIDA sau că se vor produce diverse alte catastrofe. Atunci cînd se va întîmpla acest lucru, el va trebui să-și adreseze întrebarea: „Oare sînt supărat pe cineva?" și să încerce să intuiască problema reală.

Capitolul 10

PSIHOTERAPIA ATACURILOR DE PANICĂ

Aşa cum am mai subliniat, un atac de panică se caracterizează printr-o activare fiziologică bruscă ce apare din senin sau ca reacţie la confruntarea cu o situaţie fobică.

Dintre simptomele fizice amintim palpitaţiile, constricţia toracică, senzaţia de sufocare, senzaţia de leşin, transpiraţiile abundente, tremorul extremităţilor etc.

Simptomele psihologice care însoţesc aceste manifestări sînt reprezentate de senzaţia de irealitate, dorinţa imperioasă de a fugi din locul în care se află subiectul, teama că va înnebuni, va muri sau va comite un act necontrolat.

Primul atac de panică traumatizează subiectul, care se simte îngrozit, neajutorat şi cu o puternică anxietate anticipatorie legată de posibilitatea reapariţiei simptomelor.

Din nefericire, majoritatea atacurilor de panică au tendinţa de a se repeta.

Psihoterapia atacurilor de panică îl ajută pe subiect să-şi controleze stările respective, reducîndu-le intensitatea şi frecvenţa. Aceasta presupune:

- practicarea cu regularitate a relaxării;
- practicarea unor exerciţii fizice;
- regim alimentar cu eliminarea substanţelor stimulente (mai ales alcool, cafea, zahăr şi nicotină);
- deprinderea subiectului de a-şi exprima deschis unele stări afective negative (mai ales ostilitate şi tristeţe);

- modificarea gîndurilor şi atitudinilor disfuncţionale negative.

Pacientului trebuie să i se explice faptul că atacul de panică, deşi pare o experienţă terifiantă, este total nepericulos, reprezentînd o reacţie psihofiziologică desprinsă din context. E vorba de reacţia instinctivă de fugă sau luptă, pe care o dezvoltă mamiferele atunci cînd sînt ameninţate, această reacţie avînd rolul de a mobiliza organismul pentru a face faţă pericolului.

Să presupunem că unei persoane i s-a oprit autoturismul la intersecţia cu o cale ferată, şi trenul se vede deja în depărtare. În acest moment se produce o descărcare puternică de adrenalină, şi subiectul simte nevoia imperioasă de a o lua la fugă. Senzaţiile fiziologice sînt: accelerarea pulsului şi ritmului respirator, supraîncordarea musculară, creşterea afluxului de sînge la nivelul muşchilor, răcirea extremităţilor datorită vasoconstricţiei periferice, creşterea cantităţii de zahăr în sînge şi transpiraţiile abundente. Aceste reacţii vor contribui la mobilizarea energiei subiectului, ajutîndu-l să-şi salveze viaţa.

În cazul atacului de panică, reacţiile sînt identice, deşi ameninţarea lipseşte. În agorafobie, reacţiile respective apar la confruntarea cu unele situaţii care nu sînt ameninţătoare pentru majoritatea oamenilor (de pildă, atunci cînd persoana stă la o coadă pentru a cumpăra un produs).

Faptul că subiectul nu-şi explică apariţia reacţiilor respective le face şi mai ameninţătoare, teama acestuia amplificîndu-se simţitor.

Nu s-a elucidat pe deplin mecanismul declanşării atacului de panică. Unii autori îl pun pe seama unui dezechilibru fiziologic la nivelul organismului, alţii îl atribuie efectelor unui stres prelungit. Cu toate acestea, doar unele persoane care au fost supuse stresului dezvoltă această tulburare.

Deoarece subiectul nu reuşeşte să identifice o situaţie ameninţătoare exterioară, el va avea tendinţa de a atribui pericolul

chiar senzațiilor fiziologice, pe care le interpretează ca pe o amenințare la adresa vieții sale.

Astfel, pacientul își spune în gînd:

„Dacă mă simt rău, trebuie să existe o amenințare și dacă aceasta nu este exterioară, de bună seamă se află în interiorul organismului".

Ca răspuns la senzațiile fiziologice, subiectul își va spune în gînd următoarele:

- Pentru palpitații: „Voi face un atac de cord sau voi muri".
- Pentru senzații de sufocare: „Respirația mea se va opri, mă voi asfixia și voi muri".
- Senzații de amețeală: „Voi leșina și voi cădea".
- Senzații de irealitate, de dezorientare: „Voi înnebuni".
- Senzația de slăbiciune în picioare: „Nu voi putea să mai merg, voi cădea".
- Ca reacție la toate simptomele corporale: „Îmi voi pierde complet controlul de sine".

Pe măsură ce subiectul își spune în minte că se va produce vreuna din situațiile de mai sus, el își va amplifica, la rîndul său, reacțiile fiziologice, și în felul acesta se va produce un cerc vicios care va contribui la sporirea panicii.

Cercul vicios nu poate fi „spart" decît dacă pacientul va conștientiza absența pericolului. Astfel, acesta trebuie să afle următoarele:

1. Atacul de panică nu va produce o îmbolnăvire sau o oprire a inimii.

Palpitațiile care apar în timpul unui atac de panică pot înspăimînta subiectul, dar nu sînt periculoase.

Cercetările au demonstrat faptul că o inimă sănătoasă poate suporta pînă la 200 de bătăi pe minut, timp de mai multe zile. Din acest motiv, pacientul trebuie instruit să stea liniștit și să aștepte să-și revină atunci cînd inima începe să bată mai repede.

De asemenea, este bine ca subiectul să știe că, în cazul unei boli de inimă, se produc modificări ale traseului electrocardiografic.

2. Atacul de panică nu va provoca oprirea respirației și sufocarea pacientului.

Nici senzațiile de sufocare și constricție toracică nu sînt periculoase.

În timpul atacului se produce o contractare a musculaturii gîtului și toracelui, fapt ce contribuie la diminuarea capacității respiratorii. Există însă un reflex care va forța subiectul să respire, dacă aportul de oxigen este insuficient. Pentru a demonstra aceasta, i se poate cere subiectului să-și oprească respirația timp de un minut, pe parcursul căruia va constata apariția tendinței reflexe de a inhala mai mult aer. Același lucru se va întîmpla și în cazul atacului de panică, subiectul inspirînd automat cu mult înainte de a se afla în deficit de oxigen (hipoxie).

3. Atacul de panică nu va provoca leșinul subiectului.

Dat fiind faptul că inima bate mai repede și circulația sîngelui este accelerată, subiectul nu va leșina, deoarece în caz de leșin se întîmplă exact contrariul (o excepție la regulă o constituie persoanele cu fobie de sînge, care pot leșina la vederea acestuia).

4. Atacul de panică nu va provoca pierderea echilibrului.

Adesea, la instalarea atacului de panică, subiectul are o senzație de amețeală. El trebuie informat că senzația respectivă nu prevestește un fenomen periculos și că va dispărea curînd; în cazul în care senzația durează mai mult de cîteva secunde, este necesară consultarea medicului orelist pentru a verifica dacă nu e vorba de vreo afecțiune la nivelul urechii interne.

5. Atacul de panică nu va avea drept consecință căderea subiectului și nu-l va împiedica să se deplaseze, chiar dacă acesta își simte genunchii moi.

Secreția de adrenalină care are loc în timpul atacului de panică produce vasodilatație și la nivelul picioarelor, creînd senzația de slăbiciune musculară („picioare moi") la care subiectul răspunde prin declanșarea anxietății referitoare la faptul că nu va mai fi capabil să meargă. Pacientul agorafobic

trebuie asigurat că este vorba doar de o senzație trecătoare, picioarele sale fiind capabile să-l susțină la fel ca înainte.

6. Atacul de panică nu conduce la nebunie.

Respirația accelerată din timpul atacului de panică produce o vasoconstricție cerebrală care conduce, la rîndul său, la apariția unei senzații de dezorientare și irealitate. În cazul în care se întîmplă acest lucru, subiectul trebuie să-și reamintească faptul că este vorba doar de o vasoconstricție a vaselor de sînge care alimentează creierul și nu are nimic de-a face cu nebunia, cunoscut fiind faptul că nimeni nu a înnebunit din cauza unui atac de panică.

De reținut că o boală psihică majoră nu se instalează brusc, ci reprezintă rezultatul unor acumulări care se produc în timp.

7. Atacul de panică nu-l va determina pe pacient să-și piardă controlul.

Datorită intensității simptomelor din timpul atacului de panică, pacientul poate avea impresia că-și va pierde total controlul și se va comporta în mod absurd. Observațiile clinice au demonstrat faptul că nu există decît riscul ca subiectul să fugă din locul în care se află, totala pierdere a controlului fiind o pură închipuire.

Tehnici de contracarare a atacurilor de panică

1. Destrămarea legăturii dintre senzațiile corporale și gîndurile negative catastrofizante.

Indivizii care suferă de atacuri de panică au tendința de a interpreta simptomele corporale neobișnuite sau deranjante într-un mod catastrofic. De pildă, palpitațiile sînt considerate semnalele unui posibil atac de cord, amețelile o prevestire a unui leșin sau a morții, iar respirația accelerată un semn că persoana se va asfixia. Aceste interpretări au drept consecință concentrarea atenției subiectului asupra senzațiilor corporale, ceea ce nu face decît să le amplifice.

Apariția și dezvoltarea unui atac de panică

(după Bourne, 1995, p. 109)

Faza I

Factori declanșatori externi:

O dispută cu cineva, o veste proastă, un stimul care acționează brusc etc.

Factori declanșatori interni:

Modificări endocrine, scăderea nivelului glucozei în sînge, contracții musculare etc.

Faza II

Ușoară amplificare a unor senzații corporale neobișnuite sau dezagreabile (palpitații, respirație accelerată, transpirații, amețeli, senzație de leșin).

Faza III

Focalizarea atenției spre interiorul organismului (concentrarea asupra simptomelor le face mai ușor de decelat și le amplifică).

Faza IV

Interpretarea catastrofică (subiectul își spune în gînd că simptomele sînt periculoase: „îmi voi pierde total controlul" etc.).

Faza V

Panică

Intervenția terapeutică poate să aibă loc la nivelul fiecărei etape a atacului de panică.

În primele faze este posibil ca senzațiile corporale neplăcute să fie consecința unui stres generalizat, situație în care este indicată practicarea relaxării, a exercițiilor fizice, respectarea unui regim alimentar echilibrat, precum și aplicarea unor tehnici de control al stresului, toate acestea contribuind la reducerea probabilității apariției unor simptome datorate activării sistemului nervos vegetativ simpatic. În același timp, pacientul

trebuie să identifice circumstanţele care provoacă atacul de panică şi care au premers declanşarea acestuia sau au acţionat cu cîteva ore înainte, şi să-şi restructureze atitudinile şi stilul de viaţă.

În faza a treia, caracterizată prin focalizarea atenţiei spre interior, spre senzaţiile corporale, se poate interveni în sensul deprinderii pacientului de a utiliza tehnici de distragere şi de comutare a atenţiei.

Intervenţia cea mai importantă are loc în faza a IV-a, pacientul fiind instruit să oprească interpretările catastrofizante ale unor simptome somatice şi să se obişnuiască să tolereze simptomele considerate nepericuloase.

Iniţial, acesta este învăţat să identifice simptomele fiziologice pe care are tendinţa să le interpreteze drept semnele unui pericol iminent.

Menţionăm cîteva dintre aceste simptome:

- tahicardie;
- senzaţie de gol în stomac;
- valuri de căldură sau de frig;
- transpiraţii;
- tremor al extremităţilor;
- slăbiciune în picioare;
- tremor generalizat;
- presiune sau dureri în zona toracelui;
- respiraţie accelerată;
- senzaţie de vomă;
- ameţeli;
- senzaţie de irealitate;
- senzaţie de leşin;
- incapacitatea de a gîndi clar.

Urmează apoi identificarea gîndurilor catastrofizante referitoare la simptome („voi muri"; „voi înnebuni"; „voi face un infarct"; „îmi voi pierde controlul"; „am o tumoră cerebrală" etc.), şi stabilirea conexiunii dintre senzaţii şi gîndurile negative, ca de pildă:

Palpitații – „Voi face un infarct"
„O să mor."

Pasul următor al terapiei constă în identificarea unor explicații alternative pentru simptomele fiziologice care îl sperie pe subiect. De pildă, i se poate explica faptul că palpitațiile nu reprezintă semnalul unui infarct. Accelerarea ritmului cardiac este cauzată de creşterea secreției de adrenalină, care activează sistemul nervos simpatic în fazele inițiale ale instalării anxietății. Aceste reacții nu sînt periculoase, chiar dacă se prelungesc un anumit timp.

2. O altă modalitate de abordare a atacurilor de panică constă în producerea voluntară a reacțiilor fiziologice specifice. Acest lucru se realizează în cursul şedinței de psihoterapie, sub directa îndrumare a terapeutului. De pildă, pacientul este instruit să hiperventileze timp de două minute, situație în care se produc ameţeli şi apar dificultăți respiratorii. Deşi subiectul resimte simptomele respective, procedura este total nepericuloasă, deoarece îi oferă posibilitatea să trăiască senzațiile fiziologice incriminate, în condiții de securitate deplină. În felul acesta, clientul învață din proprie experiență că nu se întîmplă nimic rău atunci cînd apar asemenea fenomene, pe care înainte avea tendința să le catastrofizeze.

3. Instruirea pacientului să nu lupte împotriva atacului de panică.

Încercarea de a rezista sau a lupta împotriva unui atac de panică nu produce decît amplificarea acestuia.

Claire Wekes (1978) prezintă patru modalități de contracarare a atacului de panică:

- Acceptați simptomele fără să încercați să le evitați.

Tentativa de a reprima sau de a evita simptomele timpurii ale atacului de panică reprezintă o modalitate indirectă de a ne spune că nu putem face față respectivului atac, şi acest fapt va accentua starea de panică. Subiectul ar adopta o atitudine mai constructivă dacă ar gîndi în termenii următori: „Iată, atacul

s-a instalat din nou. Voi lăsa organismul meu să-şi declanşeze reacţiile şi voi supravieţui. Am mai procedat la fel şi altă dată."

- Acceptaţi tot ceea ce face organismul, fără să luptaţi împotriva simptomelor.

Atunci cînd subiectul încearcă să facă faţă atacului de panică, el se încordează şi mai mult, ceea ce îi sporeşte anxietatea. Adoptarea unei atitudini pasive determină dispariţia mai rapidă a atacului de panică. Pacientul trebuie să ajungă să-şi poată observa reacţiile de activare fiziologică, oricît de neplăcute ar fi acestea, fără să reacţioneze la ele printr-o anxietate şi mai mare.

- Lăsaţi-vă duşi de „valul" atacului de panică.

Claire Weeks (1978) realizează distincţia dintre teama primară şi cea secundară.

Cea dintîi se referă la reacţiile fiziologice care stau la baza reacţiei de panică, în timp ce a doua apare atunci cînd subiectul se sperie singur spunîndu-şi în gînd tot felul de lucruri îngrozitoare: „nu pot să fac faţă"; „ce se va întîmpla dacă ceilalţi vor observa ce mi se întîmplă?"; „trebuie să ies imediat de aici".

Se poate face relativ puţin în ceea ce priveşte teama primară, în schimb există posibilitatea de a o diminua pe cea secundară, învăţînd pacientul să se lase în voia senzaţiilor în loc să lupte împotriva lor şi să-şi administreze afirmaţii anxiogene. În locul acestora, el ar trebui să recurgă la sugestii de autoîncurajare de tipul:"totul va trece"; „am mai făcut faţă şi înainte unor astfel de situaţii"; „senzaţiile pe care le trăiesc nu sînt plăcute, dar le pot accepta"; „totul o să treacă"; „anxietatea nu mă va doborî chiar dacă nu mă simt bine"; „nu este periculos ceea ce mi se întîmplă".

- Lăsaţi timpul să treacă.

Atacul de panică este produs de o secreţie masivă de adrenalină. Dacă pacientul stă liniştit, adrenalina se va metaboliza în trei pînă la cinci minute, şi starea lui generală se va ameliora.

Reacțiile de panică au o durată scurtă, de cîteva minute, și dispar dacă subiectul nu le agravează, luptînd împotriva lor sau spunîndu-și în gînd lucruri care îi sporesc anxietatea.

Identificarea condițiilor în care apar atacurile de panică

Pacientul își poate spori autocontrolul asupra atacurilor de panică conștientizînd condițiile în care se manifestă acestea. De pildă, atacul se poate produce atunci cînd subiectul se află departe de casă, într-o sală de cinematograf, în timp ce conduce mașina etc., acesta evitînd în mod sistematic situațiile respective.

În cazul în care atacurile de panică apar „din senin", pacientului îi poate fi de folos să monitorizeze declanșarea acestora, observînd timp de două săptămîni ce se petrece cu cîteva ore și imediat înaintea atacului de panică. Acest lucru îl poate realiza răspunzînd la următoarele întrebări (Bourne, 1995, p. 118):

- Vă aflați sub influența stresului?
- Erați singur sau împreună cu cineva? (În caz afirmativ, cine era persoana respectivă?)
- În ce dispoziție v-ați aflat cu cîteva ore înainte de declanșarea atacului?
  - Anxios?
  - Deprimat?
  - Iritat?
  - Trist?
  - Furios? etc.
- Ați avut gînduri negative înainte de producerea atacului de panică?
- Ați fost mai obosit sau, dimpotrivă, odihnit ?
- Ați suferit vreo pierdere?
- V-a fost frig sau cald?
- V-ați simțit neliniștit sau calm?

- Aţi consumat cafea sau mai mult zahăr?
- Există alte situaţii sau evenimente care au legătură cu atacul de panică?

Făcînd efortul de observare şi monitorizare a atacurilor de panică, pacientul devine conştient de faptul că nu mai este o victimă pasivă a propriilor sale stări, făcînd un pas important în direcţia controlării propriilor sale stări emoţionale, precum şi a împrejurărilor în care se produc acestea.

După un anumit timp, pacientul devine capabil să observe semnele preliminare ale apariţiei atacului de panică. Acestea pot fi: accelerarea bătăilor inimii, o presiune în zona pieptului, o senzaţie de ameţeală etc. O dată sesizate aceste simptome, subiectul va învăţa să oprească atacul de panică înainte să se agraveze.

Prezentăm în continuare o scală de măsurare a intensităţii atacului de panică, adaptată de Bourne (1995) după Hardy (1981).

7-10	Atac de panică major	Toate simptomele nivelului 6 sînt exagerate; teroare; teama de a nu înnebuni; tendinţa compulsivă de a fugi.
6	Atac moderat de panică	Palpitaţii; dificultăţi în respiraţie, senzaţie de dezorientare şi irealitate; anxietate şi panică drept consecinţă a pierderii controlului.
5	Începutul atacului de panică	Tahicardie; bătăi neregulate ale inimii; dificultăţi de respiraţie; dezorientare sau ameţeli; teama evidentă de pierdere a controlului; tendinţa compulsivă de a fugi.
4	Anxietate accentuată	Subiectul nu se simte bine. Inima începe să bată mai repede; acesta ajunge să se întrebe dacă nu cumva îşi va pierde controlul.
3	Anxietate moderată	Subiectul nu se simte bine, dar are autocontrol; inima începe să bată mai repede; palmele îi transpiră.
2	Anxietate uşoară	Furnicături în stomac; încordare musculară; nervozitate.
1	Anxietate foarte uşoară	Anxietate în valuri şi stare de nervozitate.
0	Relaxare	Calm; subiectul se simte netulburat şi liniştit.

Strategii de contracarare a atacului de panică în stadiu incipient

Pacientul trebuie să învețe să identifice semnalele inițiale personale ale unui posibil atac de panică, înainte ca simptomele să scape de sub control!

Ulterior, se pot utiliza următoarele strategii:

1. Retragerea

Dacă subiectul e pe punctul de a se confrunta sau se află deja în situația față de care are o fobie, este bine să iasă din respectiva împrejurare, pînă cînd anxietatea descreşte.

O importanță deosebită o prezintă realizarea distincției dintre retragere şi fugă din situația anxiogenă. Retragerea presupune părăsirea temporară a situației, cu intenția de a reveni atunci cînd se va simți mai bine, în timp ce comportamentul de fugă nu face decît să întărească fobia. Atunci cînd pacientul nu mai revine în situație, el ajunge s-o considere intolerabilă, limitîndu-se doar să fugă din aceasta.

2. Organizarea unei discuții cu o altă persoană

Această strategie contribuie la distragerea atenției subiectului de la simptome şi gînduri cu conținut anxiogen.

3. Angajarea într-o activitate fizică

Mişcarea contribuie la descărcarea energiei suplimentare produse de secreția sporită de adrenalină.

Dacă se află la locul de muncă, pacientul poate să meargă la bufet sau într-un alt birou, iar acasă are posibilitatea să desfăşoare activități gospodăreşti care solicită efort fizic.

4. Ancorarea în prezent

Se recomandă concentrarea atenției asupra obiectelor din jur. Astfel, subiectul poate să observe obiectele expuse într-o

vitrină sau mobilierul dintr-o încăpere, acordînd mai puțină atenție simptomelor psihofiziologice sau gîndurilor catastrofizante. Se poate sugera pacientului chiar să atingă unele obiecte care se află în imediata sa apropiere, pentru a fi și mai puternic ancorat în prezentul imediat.

5. Angajarea în activități simple, cu caracter repetitiv

Aceste activități au, de asemenea, menirea de a abate atenția de la senzațiile și gîndurile negative.

Astfel, subiectului i se poate recomanda:

- să numere de la 100 la 1;
- să numere persoanele care stau la o coadă, banii pe care-i are asupra sa, mașinile de o anumită culoare etc.;
- să fredoneze o melodie etc.

6. Desfășurarea unei activități care presupune concentrarea atenției

Asemenea activități sînt mai dificil de realizat cînd subiectul este anxios sau panicat. Cu toate acestea, ele reprezintă modalități de distragere foarte eficiente dacă subiectul reușește să se angreneze în ele.

Se poate recomanda:

- citirea unui roman sau a unei reviste;
- dezlegarea unui rebus;
- tricotat sau cusut;
- monitorizarea nivelului anxietății;
- jocuri de cărți sau jocuri pe calculator;
- efectuarea unor calcule sau rezolvarea anumitor probleme;
- cîntatul la un instrument muzical;
- planificarea activităților zilnice;
- desen, pictură, modelaj.

7. Exprimarea deschisă a ostilității

Ostilitatea și anxietatea reprezintă reacții incompatibile, care nu pot fi trăite simultan. Observațiile clinice au evidențiat faptul că anxietatea și panica au la bază sentimente reprimate de furie, ostilitate și frustrare.

Bourne (1995, p. 123) recomandă manifestarea ostilității în plan fizic prin descărcarea pe obiecte. Astfel, pacientul poate lovi o pernă, un manechin, sau poate sparge un obiect fără valoare.

8. Trăirea unei experiențe plăcute directe

La fel cum ostilitatea și anxietatea sînt incompatibile, tot așa trăirea sentimentului de plăcere nu poate merge mînă în mînă cu anxietatea.

Pacientului i se poate recomanda:

- să mănînce ceva ce îi place (nu zahăr sau alimente iritante);
- să facă dragoste;
- să facă un duș sau să se relaxeze într-o baie caldă.

9. Vizualizarea unei persoane sau a unei scene care reconfortează pacientul

Dacă subiectul sesizează semnele incipiente ale anxietății, el poate să-și reprezinte o persoană care îl face să se simtă în siguranță, sau o scenă liniștitoare.

10. Oprirea gîndurilor

Pacientul este instruit să inspire profund și să-și spună stop! atunci cînd sesizează prezența senzațiilor neplăcute sau a gîndurilor negative. El poate face acest lucru cu voce tare, atunci cînd e singur, sau în gînd, dacă mai există și alte persoane în jur.

De asemenea, se poate vizualiza semnul STOP!

După repetarea exercițiului de cîteva ori, se va trece la înlocuirea gîndurilor anxiogene cu gînduri liniștitoare, cu caracter suportiv: „totul va trece"; „sînt calm și puternic" etc.

Practic, pacientul poate utiliza orice tehnică menită să-l ajute să nu mai fie prizonierul gîndurilor negative (respirații controlate, exerciții fizice etc.).

Toate strategiile descrise mai sus pot fi utilizate pentru oprirea sau reducerea unui atac de panică aflat într-o fază incipientă, baza lor constînd în distragerea atenției. Cele patru strategii pe care le vom descrie în continuare presupun distragere, dar merg ceva mai mult în profunzime, respectiv la cauzele atacurilor de panică: supraactivarea fiziologică și vorbirea interioară cu conținut anxiogen. Astfel, strategiile 11 și 12 au ca scop contracararea reacției fiziologice de panică, în timp ce strategia 13 urmărește reprimarea vorbirii interioare care accentuează spaima subiectului.

11. Exerciții de respirație abdominală

Respirația abdominală lentă și calmă poate reduce simptomele fiziologice ale atacului de panică, respectiv accelerarea ritmului respirator, constricția toracică și duce la dispariția simptomelor de hiperventilație datorate respirației claviculare accelerate (amețeli, dezorientare, senzație de irealitate).

Se recomandă subiectului care a detectat simptomele timpurii ale atacului de panică să respire abdominal timp de 3-4 minute.

12. Exercițiile de relaxare

Se pot utiliza exerciții din programul de antrenament autogen al lui Schultz sau din cadrul relaxării progresive Jacobson.

Există subiecți la care relaxarea va da rezultate mai bune decît gimnastica respiratorie, în timp ce pentru alții pare să fie indicată o combinație dintre exercițiile de respirație și cele de relaxare.

Anxietate primară	*Vorbire interioară cu conținut negativ*	*Anxietate secundară*
Simptome fizice: Palpitații Dificultăți respiratorii Amețeli Palme umede	„Atacul se declanșează din nou!" „Îmi voi pierde auto-controlul." „Nu pot suporta asta." „Ce vor spune ceilalți dacă îmi voi pierde autocontrolul?"	Reacții emoționale la simptomele fiziologice Panică
	Vorbire interioară cu conținut pozitiv (autosugestii calmante)	*Detașare*
	„Pot face față acestor simptome." „Este vorba doar de anxietate." „Va trece totul." „Voi depăși această situație."	Subiectul se lasă în voia simptomelor și le observă. Subiectul face față atacului de panică în mod pasiv.

13. Repetarea mentală a unor sugestii cu conținut pozitiv

Vorbirea interioară cu conținut negativ nu face decît să agraveze atacurile de panică. În timp ce reacțiile fiziologice specifice atacului de panică apar brusc și parcă din senin (anxietate primară), reacțiile emoționale la aceste simptome (anxietate secundară) se datorează vorbirii interioare, prin intermediul căreia subiectul își spune în gînd cît de groaznice și cît de periculoase sînt simptomele sale, care îi vor provoca pierderea autocontrolului, nebunia sau moartea.

Dacă va fi învățat să-și accepte simptomele și să-și autoadministreze formele sugestive cu conținut liniștitor, el va putea reduce sau chiar opri escaladarea acestora.

Bourne (1995, p. 127) prezintă o schemă din care rezultă că modul în care va reacționa subiectul la producerea atacului de panică va depinde de ceea ce își va spune acesta în gînd.

14. Practicarea exercițiilor de relaxare (sau de respirație) cu autosugestii liniștitoare

La apariția primelor simptome ale atacului de panică, subiectul se relaxează și își repetă în gînd autosugestiile cu caracter calmant, menite să-l ajute să facă față atacului de panică.

Același lucru se poate realiza în timpul unui exercițiu de respirație abdominală, după modelul:

„Inspir calm, liniște, destindere."

„Expir teamă, agitație, încordare" sau

„Pot face față acestei stări" – inspirație.

„Totul va trece și mă voi relaxa" – expirație.

Această tehnică este uneori atît de eficientă încît poate suplini total desensibilizarea în plan real, ce devine adesea mai greu de realizat, cum ar fi, de pildă, în cazul fobiei de zbor cu avionul. În alte împrejurări, metoda contribuie la reducerea anxietății în suficientă măsură pentru a face posibilă desensibilizarea în plan real.

În general, anxietatea legată de traversarea unor spații largi, de a conduce avionul, de a utiliza ascensorul etc. este declanșată de gîndurile și fanteziile subiectului în legătură cu respectivele situații. Din acest motiv, desensibilizarea subiectului față de gînduri și imagini anxiogene poate favoriza confruntarea cu situațiile generatoare de reacții fobice în plan real. Practicarea desensibilizării în plan imaginativ contribuie și la reducerea anxietății anticipatorii trăite de subiect la gîndul că se va confrunta cu obiectul fobiei sale.

Bourne (1995, p. 138) subliniază faptul că succesul metodei depinde de următorii factori:

1. Capacitatea subiectului de a intra într-o stare de relaxare profundă.

2. Elaborarea unei ierarhii adecvate de stimuli anxiogeni, respectiv a unor scene imaginare referitoare la situaţia fobică, scene care trebuie să fie gradate de la unele care produc o anxietate uşoară pînă la cele care generează o anxietate puternică.

3. Vivacitatea şi claritatea reprezentărilor vizuale ale subiectului.

4. Răbdarea şi perseverenţa acestuia în practicarea exerciţiilor.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 11

MODELUL COMPREHENSIV DE TERAPIE COMPORTAMENTAL-COGNITIVĂ A TULBURĂRILOR ANXIOASE

Modelul psihoterapeutic prezentat aparţine lui Bourne (1995) şi porneşte de la premisa că în abordarea psihoterapeutică a anxietăţii trebuie să se ţină seama de complexitatea factorilor care produc această tulburare.

Bourne (1995) denumeşte această abordare „demers comprehensiv", care presupune realizarea unor intervenţii la mai multe niveluri:

- fiziologic;
- emoţional;
- comportamental;
- mental;
- interpersonal;
- al autostimei;
- existenţial (spiritual).

Nivelul fiziologic

Aşa cum am mai subliniat, printre cauzele fiziologice ale anxietăţii se numără existenţa unor posibile dezechilibre la nivelul creierului. La acestea se adaugă respiraţia îngreuiată,

tensiunea musculară, efectele organice ale stresului cumulat, precum şi factori ce ţin de regimul alimentar.

Metodele de intervenţie la acest nivel implică utilizarea unor tehnici de gimnastică respiratorie, relaxare, exerciţii fizice (gimnastică aerobică), precum şi eliminarea din cadrul regimului alimentar a unor substanţe excitante.

Nivelul emoţional

Stările emoţionale reprimate (mai ales ostilitatea) reprezintă o cauză importantă a tulburărilor anxioase.

Adesea, stările de panică sînt generate de sentimente de frustraţie, ostilitate sau disperare, sentimente pe care subiectul şi le-a reprimat.

Strategiile utilizate pentru a contracara acest tip de factori generatori de anxietate sînt următoarele:

- învăţarea subiectului să recunoască simptomele datorate unor stări emoţionale reprimate;
- identificarea stărilor afective ca atare;
- deprinderea pacientului de a-şi manifesta deschis emoţiile;
- învăţarea subiectului să comunice celorlalţi ceea ce simte.

Nivelul comportamental

Fobiile persistă din cauza comportamentului de evitare. Cu cît subiectul va evita mai mult să călătorească cu metroul, să vorbească în public sau să stea singur în casă, cu atît temerile acestuia vor persista mai mult. Fobiile sînt menţinute deoarece comportamentul de evitare este recompensat: subiectul nu se confruntă cu situaţia care îl sperie.

Acest nivel de intervenţie presupune utilizarea unor tehnici de desensibilizare sistematică, realizate în plan real sau ima-

ginar, în ultimul caz subiectul fiind învățat să se confrunte cu obiectul temerilor sale în plan mental, prin intermediul tehnicii imaginației dirijate.

În ambele cazuri, confruntarea cu situațiile anxiogene are loc treptat, cu pași mici.

Există anumite tipuri de comportamente care tind să accentueze atacurile de panică. Astfel, încercînd să reziste unui astfel de atac, subiectul nu face altceva decît să-și agraveze simptomele.

Din acest motiv, terapeutul trebuie să-l învețe pe pacient să-și reducă atacul de panică imediat după instalarea acestuia, deprinzîndu-se să observe ceea ce se întîmplă și să lase lucrurile să se desfășoare de la sine, în loc să se opună producerii simptomelor – fapt ce duce la amplificarea lor.

Există și alte tehnici de a face față atacului de panică:

- distragerea (subiectul se gîndește la altceva, discută cu o altă persoană, descrie mobilierul din încăpere etc.);
- desfășurarea unei activități fizice;
- exprimarea unor sentimente sau dorințe;
- exerciții de respirație abdominală;
- autosugestii pozitive repetate.

Nivelul mental (cognitiv)

Vorbirea interioară cu conținut negativ are un efect major în declanșarea și menținerea anxietății.

Persoanele anxioase nu fac decît să se sperie singure întrebîndu-se „ce-ar fi dacă?" sau imaginîndu-și cele mai îngrozitoare lucruri.

De asemenea, gîndirea excesiv de autocritică și vorbirea interioară de tip perfecționist („Trebuie neapărat") contribuie, la rîndul lor, la apariția anxietății.

Tehnicile utilizate în acest caz vizează identificarea și contracararea modurilor disfuncționale de gîndire.

Nivelul interpersonal

La mulți oameni, anxietatea are la bază animozitățile din cadrul relațiilor interpersonale. Atunci cînd cineva întîmpină dificultăți să comunice celorlalți sentimentele și dorințele sale, persoana respectivă se va simți frustrată și va deveni anxioasă și supraîncordată. Același lucru se petrece și cu subiecții incapabili să spună „nu", care nu reușesc să se sustragă solicitărilor nedorite din partea celorlalți.

Rezolvarea acestor probleme se realizează prin intermediul tehnicilor de psihoterapie asertivă, tehnici deosebit de utile mai ales pentru subiecții cu fobie socială și cu agorafobie.

Nivelul autostimei (*Ego*-ul ca un tot unitar)

Autostima scăzută reprezintă poate cauza cea mai profundă care stă la baza tulburărilor anxioase.

Subiectul anxios a crescut probabil într-un context familial disfuncțional, caracterizat prin diverse tipuri de deprivări, abuzuri, neglijări care au condus la un nivel scăzut al autostimei. Drept rezultat, acesta va dezvolta la vîrsta adultă un profund sentiment de insecuritate, jenă și neadecvare care se poate manifesta în plan comportamental sub forma unor atacuri de panică, teamă de a se confrunta cu lumea exterioară (agorafobie), teamă de a nu fi umilit (fobie socială) sau prin anxietate generalizată.

Adesea, nivelul scăzut al autostimei se corelează cu lipsa asertivității, cu vorbirea interioară cu conținut perfecționist și cu dificultatea de a exprima propriile sentimente.

Există mai multe metode de ameliorare a sentimentului de autostimă:

- realizarea unei imagini corporale bune;
- atingerea unor obiective personale concrete;

- contracararea vorbirii interioare cu conținut demobilizator;
- comunicarea cu „copilul interior", instanță psihică creativă și spontană, dar care înglobează și sentimentele de insecuritate, rușine și durere ce s-au format în copilărie.

Aflat în stare de relaxare sau hipnoză, pacientul va fi ghidat de către terapeut să acționeze ca un părinte puternic, suportiv și adecvat pentru copilul care se află în interiorul ființei sale.

Nivelele existențial și spiritual

Unii pacienți pot să-și amelioreze starea la toate nivelurile amintite mai sus și totuși să rămînă anxioși și neliniștiți, urmăriți de un vag sentiment de neîmplinire, insatisfacție, plictiseală și „senzație de vid interior", stări ce pot conduce la atacuri de panică sau, mai frecvent, la anxietate generalizată ori la depresie.

Soluția o constituie punerea în valoare a potențialului creativ, prin intermediul unor activități ce îl fac pe subiect să se simtă împlinit (artistice, științifice, de evoluție personală etc.).

În aceste cazuri, depresia, anxietatea și panica nu reprezintă reacții negative la factori de natură fizică, intelectuală sau emoțională, ci un fel de imbold interior spre găsirea drumului care duce la actualizarea potențialului personal sau spre o evoluție spirituală ce presupune căutarea divinității.

Prezentare de caz

Smaranda

Diagnostic: atacuri de panică.

Smaranda se trezea în fiecare noapte cu palpitații, amețeli și teama că va muri. Ea încerca să înlăture simptomele, dar, nereușind, devenea tot mai înspăimîntată că va face un infarct.

Pacienta s-a prezentat la cardiolog care, în urma investigațiilor de specialitate, a ajuns la concluzia că n-avea probleme cu inima, drept pentru care a trimis-o la psihoterapeut.

Acesta a abordat problema utilizînd demersul comprehensiv.

La început, terapeutul a trimis-o la medicul internist pentru a se asigura că afecțiunea sa nu are la bază cauze organice, cum ar fi: hipertiroidie, hipoglicemie, prolaps de valvă mitrală sau un deficit de calciu și magneziu.

Edificat asupra faptului că nu este vorba de simptome organice, terapeutul a pus în aplicare programul de psihoterapie, începînd cu învățarea unor exerciții de respirație abdominală care au ajutat-o să atenueze reacțiile ce acompaniau atacurile de panică.

Pacienta a învățat apoi relaxarea musculară progresivă, pînă la faza în care izbutea să intre singură, fără efort, într-o stare de relaxare.

I s-a cerut să practice relaxarea zilnic, întrucît aceasta are un efect cumulativ.

După cîteva săptămîni de practică regulată, Smaranda a constatat că se simte în permanență mai relaxată.

S-a recomandat și practicarea unor exerciții fizice, de preferință gimnastică aerobică, de 4-5 ori pe săptămînă, timp de o jumătate de oră.

Regimul alimentar presupunea o dietă echilibrată, cu accent pe legume și fructe crude, cu minimum de sare și zahăr, fără cofeină, cu un plus de vitamine din grupul B, C și cu aport suplimentar de calciu și magneziu.

Etapa a doua a terapiei a constat în învățarea unor tehnici de a face față atacurilor de panică atunci cînd pacienta observa instalarea primelor simptome: să telefoneze unei prietene, să facă diverse treburi gospodărești sau să-și noteze gîndurile într-un jurnal. S-a pus un accent deosebit pe vorbirea interioară

cu conținut anxiogen. Astfel, Smaranda a fost învățată să înlocuiască afirmațiile și întrebările cu conținut anxiogen de tipul „Ce se va întîmpla dacă o să fac un infarct?"; „Nu aș putea suporta asta!"; „Trebuie să ies de aici!", cu o vorbire interioară cu conținut pozitiv: „Pot să fac față stărilor mele!"; „Voi aștepta pînă cînd simptomele vor dispărea"; „Las organismul meu să funcționeze așa cum dorește, și totul va trece."

După ce a practicat un timp autosugestiile de autoreglare, Smaranda a constatat că a devenit capabilă să-și observe organismul fără să se mai sperie, evitînd astfel declanșarea atacurilor de panică.

Terapeutul a învățat-o să identifice atitudinile cu caracter disfuncțional care stăteau la baza comportamentului ei – „Trebuie să obțin succese în tot ceea ce fac!"; „Viața este o luptă!"; „Totul trebuie să fie previzibil și ținut sub control" – și apoi să le modifice.

În consecință, pacienta a început să privească viața cu mai multă ușurință, ceea ce a contribuit la o reducere semnificativă a anxietății.

Terapeutul a observat la pacientă și o tendință de a-și reprima excesiv sentimentele de frustrație și ostilitate. Pacienta părea mai înclinată să declanșeze un atac de panică în zilele cînd se simțea mai frustrată. (Smaranda fusese crescută într-o familie în care fiecare trebuia să-și facă datoria, să se poarte cît mai frumos, fără să aibă dreptul să se plîngă, exprimarea directă a dorințelor și sentimentelor fiind amendată.)

Terapeutul i-a explicat și faptul că atacurile ei de panică nu erau altceva decît o modalitate deghizată de a-și exprima ostilitatea și frustrarea.

Exercițiile fizice au ajutat-o să-și descarce tensiunea. La aceasta s-a adăugat și indicația de a-și nota într-un jurnal gîndurile și trăirile, atunci cînd se simțea iritată.

Camelia

Diagnostic: Agorafobie.

Camelia suferea de atacuri de panică, dar ajunsese să nu mai meargă la magazine, restaurant, teatru, de teamă că în acele locuri se va declanşa criza. Mai mult, Camelia era speriată la gîndul că în curînd nu va mai putea merge la serviciu. Aşa cum am mai subliniat, evitarea anumitor situaţii, de teama de a nu face un atac de panică, poartă numele de agorafobie.

Şi în acest caz au fost utilizate exerciţiile de respiraţie, relaxare, dietă, exerciţii fizice, tehnicile de autoreglare a atacurilor de panică, modificarea vorbirii interioare cu conţinut negativ precum şi a atitudinilor cu caracter disfuncţional: „Eu n-am voie să fac greşeli."; „Trebuie să fac pe plac tuturor."; „Succesul reprezintă totul în viaţă.".

Împreună, terapeutul şi pacienta au elaborat un set de autosugestii menite să contracareze atitudinile negative.

Un punct important al terapiei l-a constituit contracararea comportamentului de evitare, prin intermediul imaginaţiei dirijate şi a desensibilizării în plan real.

La început, pacienta a împărţit obiectivul de a se confrunta cu fiecare situaţie anxiogenă în 8 trepte, ca în exemplul de mai jos:

1. Să stau un minut în faţa intrării unui magazin universal.
2. Să petrec un minut în magazin.
3. Să merg pînă în mijlocul magazinului, să rămîn un minut şi apoi să plec.
4. Să ajung pînă în capătul magazinului, să rămîn un minut şi apoi să ies.
5. Să stau trei minute în magazin fără să cumpăr nimic.
6. Să cumpăr un obiect şi să mă aşez la coadă la casă pentru a plăti.
7. Să cumpăr trei obiecte din trei raioane diferite şi să stau la trei cozi la casă.

8. Să cumpăr mai multe obiecte şi să stau la tot atîtea cozi.

În etapa a doua, pacienta se va confrunta în plan imaginar cu fiecare dintre cele 8 situaţii, repetîndu-le mental, în stare de relaxare, pînă cînd evocarea acestora nu-i va mai provoca anxietate.

Etapa a treia constă în confruntarea cu situaţiile respective în plan real, la început în compania unei prietene şi apoi singură.

Exerciţiile trebuiau oprite atunci cînd anxietatea pacientei devenea prea mare şi tindea să-i scape de sub control.

Demersul terapeutic din acest caz a implicat şi un antrenament asertiv, pentru că o mare parte a stresului care a condus la declanşarea primului atac de panică a fost provocat de obligaţiile profesionale nerealiste impuse pacientei de către şeful său. De asemenea, Camelia nu ştia să lupte pentru drepturile ei sau să-i refuze ceva prietenului, de teamă că acesta o va părăsi.

Copil fiind, Camelia a crescut într-o familie dezmembrată ca urmare a plecării tatălui său, atunci cînd ea avea 6 ani. Mama ei era tot timpul nervoasă, îi cerea foarte mult şi o critica mereu. Din acest motiv, pacienta nu ştia niciodată sigur dacă este iubită cu adevărat, avînd un profund sentiment de insecuritate personală. În copilărie, ea se temea că dacă îşi va revendica drepturile, va pierde dragostea condiţionată a mamei sale.

Camelia a menţinut acest model de relaţie bazat pe dependenţă excesivă şi pe teama de a fi abandonată şi în raporturile cu prietenul ei, fapt ce contribuia la întărirea comportamentului agorafobic. Astfel, ea considera la nivel inconştient că, dacă va fi dependentă de prietenul ei şi acesta va avea grijă de ea, n-o va părăsi niciodată. Pe măsură ce terapia progresa, Camelia şi-a dat seama că trebuie să-şi modifice stilul de viaţă, devenind mai puternică şi mai independentă. Ea a conştientizat faptul că-şi poate cere drepturile, poate spune „nu" şi, în acelaşi timp, poate obţine dragostea şi sprijinul prietenului ei şi ale altor persoane.

Un alt aspect al psihoterapiei l-a constituit lucrul asupra imaginii de sine. Pentru a depăşi modul inadecvat în care s-au purtat părinţii săi, a devenit ea însăşi un părinte grijuliu cu propria persoană. Acest obiectiv a fost îndeplinit prin îmbunătăţirea imaginii ei corporale şi prin înlocuirea vocii interioare cu conţinut autocritic cu o altă voce, care administra autosugestii legate de acceptarea de sine şi valoarea personală.

Terapeutul a învăţat-o să intre în legătură cu acea parte a eului ei numită „copilul interior", reconstruind în plan imaginar, în stare de relaxare sau hipnoză, relaţiile de grijă, sprijin şi afecţiune faţă de propria persoană.

Planul de psihoterapie a fost următorul:

Nivelul fizic:	Metode şi tehnici de contracarare a reacţiilor de panică în stadiul lor incipient.
Nivelul emoţional:	Desensibilizare în plan imaginativ şi în plan real. Pacienta învaţă să-şi identifice şi să-şi exprime stările emoţionale.
Nivelul mental (cognitiv):	Contracararea vorbirii interioare cu conţinut negativ care provoacă nu numai atacurile de panică, dar şi teama că acestea se vor produce. Înlocuirea atitudinilor şi cerinţelor cu caracter disfuncţional cu autosugestii pozitive, de autoîntărire.
Interpersonal:	Dezvoltarea unui stil de relaţii interpersonale bazate pe un comportament mai asertiv.
Nivelul spiritual: (Ego-ul ca un tot unitar)	Dezvoltarea autostimei prin: – realizarea unei mai bune imagini de sine în plan fizic; – blocarea aşa-numitului „critic interior"; – cultivarea relaţiilor cu „copilul interior".

Paul

Diagnostic: Fobie socială.

Problema lui Paul o constituia dificultatea pe care o întîmpina atunci cînd trebuia să ia cuvîntul în şedinţe. Teama lui cea mai mare era că va fi pus să vorbească în faţa celorlalţi,

iar cînd acest lucru chiar s-a întîmplat, pacientul a fost atît de stresat încît s-a gîndit să renunțe la serviciu.

Reamintim faptul că specificul fobiei sociale constă în teama subiectului că se va face de rîs și că va fi umilit într-o situație interpersonală.

Deoarece pacientul era anxios majoritatea timpului, și în acest caz au fost utilizate exercițiile de relaxare, respirația controlată, exercițiile fizice (alergare) și controlul alimentației.

Pentru a ataca frontal fobia socială, s-a recurs la desensibilizarea sistematică în plan imaginativ și în plan real.

Obiectivul terapiei – a putea să ia cuvîntul în ședințe – a fost fragmentat astfel:

1. Să mă aflu timp de 15 minute într-un grup mic (sub 5 persoane).
2. Să rămîn într-un grup mic timp de 45-60 minute.
3. Să rămîn într-un grup mai mare timp de 15 minute.
4. Să rămîn într-un grup mai mare între 45 de minute și o oră.
5. Să repet pașii 1-4 și să fac o scurtă remarcă în cadrul grupului.
6. Să repet pașii 1-4 și să fac măcar două remarce în grup.
7. Să fac o prezentare de 1 minut în fața unui grup mic.
8. Să fac o prezentare de 3 minute în fața unui grup mic.
9. Să fac o prezentare de 5-10 minute în fața unui grup mic.
10. Să repet pașii 7-9 în fața unui grup mai mare.

Paul trebuia să intre într-o stare de relaxare și să se confrunte cu fiecare situație în plan imaginativ, pînă cînd anxietatea avea să dispară.

În cazul în care anxietatea sa tindea să crească excesiv la evocarea unei anumite situații, subiectul urma să-și comute atenția și să-și imagineze o scenă foarte relaxantă.

Desensibilizarea în plan real a fost realizată în urma unei înțelegeri cu șeful său direct, care i-a permis ca la început să participe doar la ședințele realizate în colectiv restrîns și să părăsească ședința, dacă era cazul. Treptat, el a început să participe și apoi să ia cuvîntul și la ședințe ceva mai ample.

Au fost utilizate şi autosugestii de întărire a eului („Voi putea depăşi această teamă şi totul va fi bine"; „Ce voi spune este util şi toţi mă vor asculta cu interes" etc.), precum şi exerciţii de antrenament asertiv.

Fiind copilul cel mai mic din familie, Paul a fost foarte răsfăţat, crescînd în umbra fraţilor săi, dominat de teama de a sta pe propriile picioare şi de a-şi asuma responsabilităţile ce-i revin ca adult. Din acest motiv, el a trebuit să lucreze asupra autostimei, spre a se convinge de faptul că era la fel de valoros şi de important ca şi alte persoane.

A fost utilizată, de asemenea, tehnica dialogului cu „copilul interior", pentru a-l ajuta pe pacient să-şi depăşească sentimentele de jenă şi inadecvare.

Marian

Diagnostic: Tulburare obsesiv-compulsivă.

Marian, un prosper om de afaceri, suferea de teama iraţională că va călca un om sau un animal cu maşina. Spaima sa era atît de puternică încît el se întorcea din drum pentru a verifica dacă pe traseu nu se afla o fiinţă lovită de maşină. Cu timpul, tulburarea s-a accentuat atît de mult încît pacientul refăcea drumul cu maşina de 3-4 ori. Deoarece se simţea jenat şi neputincios în faţa tendinţei sale patologice, Marian a devenit curînd şi depresiv.

Programul de psihoterapie a fost următorul:

Nivelul fiziologic:	Exerciţii de respiraţie Exerciţii de relaxare profundă Exerciţii de gimnastică Alimentaţie raţională cu aport sporit de vitamine
Nivelul comportamental:	Expunere cu oprirea reacţiei compulsive de verificare

Sub îndrumarea directă a terapeutului, Marian a fost instruit să reducă numărul de verificări ale traseului de la patru la una.

O dată ajuns în acest punct, terapeutul s-a urcat în maşină împreună cu pacientul şi i-a cerut ca în momentul în care simţea nevoia compulsivă de verificare, să tragă pe dreapta şi să aştepte cîteva minute pînă cînd anxietatea avea să dispară, iar apoi să-şi continue drumul. După ce a practicat oprirea reacţiei compulsive timp de două săptămîni împreună cu terapeutul, pacientul a reuşit să realizeze acelaşi lucru singur.

Nivelul emoţional:	Pacientul a fost învăţat să-şi identifice şi să-şi exprime sentimentele de ostilitate şi frustrare. Astfel, terapeutul l-a instruit ca, în momentul în care se simţea furios că a apărut tendinţa compulsivă de a verifica traseul, să strige tare „Nu!" Pacientul a constatat că această metodă îi era de folos pentru reducerea anxietăţii. Din clipa în care a ajuns să-şi conştientizeze frustrările, Marian a reuşit să diminueze stresul şi în alte domenii ale existenţei.
Nivelul mental:	Vorbire interioară pentru contracararea temerii că a lovit pe cineva cu maşina. Astfel, în loc să se întrebe în gînd „Ce se va întîmpla dacă am lovit pe cineva?", el trebuia să-şi spună: „Dacă voi lovi pe cineva sau ceva, cu siguranţă că voi auzi şi voi simţi acest lucru. Dar nu s-a întîmplat nimic, aşa că totul este în regulă!" Repetarea acestor afirmaţii de mai multe ori l-a ajutat pe Marian să reducă numărul de verificări ale traseului de la treipatru la două şi apoi doar la una.
Medicaţie:	Psihiatrul i-a recomandat tratament cu Prozac timp de un an de zile.
Nivelul spiritual:	Îndrumat să desfăşoare o activitate creatoare, pacientul a optat pentru cîntatul la pian şi compoziţie.

Capitolul 12

PSIHOTERAPIA ASERTIVĂ

Asertivitatea reprezintă o atitudine şi o modalitate de acţiune în acele situaţii în care trebuie să ne exprimăm sentimentele, să ne revendicăm drepturile şi să spunem „nu" atunci cînd nu sîntem dispuşi să facem un anumit lucru.

La baza comportamentului asertiv trebuie să stea convingerea persoanei că are dreptul să ceară ceea ce doreşte, respectîndu-şi propriile drepturi, aşa cum ea însăşi face în cazul celor din jur.

Comportamentul asertiv reprezintă calea de mijloc între două extreme: agresivitatea şi supunerea.

Conduita non-asertivă sau submisivă presupune desconsiderarea propriilor drepturi şi supunerea exagerată faţă de dorinţele şi nevoile celorlalţi. În consecinţă, subiectul nu-şi exprimă sentimentele şi dorinţele – de care ceilalţi nu au cum să ia cunoştinţă altfel – şi se culpabilizează atunci cînd încearcă să ceară ceva. În cazul în care el le transmite celorlalţi un mesaj care reflectă nesiguranţa sa în legătură cu dreptul de a cere ceva, aceştia din urmă vor avea tendinţa să-i desconsidere solicitarea.

Persoanele înclinate spre tulburări anxioase şi fobii se comportă non-asertiv pentru că, aşa cum am mai subliniat, ei şi-au format o imagine de sine de persoane amabile în orice situaţie, gata să le facă tuturor pe plac. Totodată, acest gen de persoane se tem să-şi exprime în mod deschis solicitările pentru a nu

deteriora relația cu partenerul de care se simt excesiv de dependenți.

În schimb, conduita agresivă presupune comunicarea pe un ton autoritar și ostil a propriilor dorințe și nevoi. Persoanele agresive sînt insensibile față de sentimentele și drepturile celorlalți și încearcă să obțină ceea ce doresc prin utilizarea constrîngerii și intimidării. Recurgînd la forță, acești subiecți reușesc să creeze pretutindeni conflicte și animozități, determinîndu-i pe ceilalți să adopte un comportament defensiv sau să treacă la luptă deschisă.

Există și indivizi care nu-și manifestă în mod deschis agresivitatea, ei comportîndu-se într-o manieră pasiv-agresivă și opunînd o rezistență indirectă la solicitările celorlalți. De pildă, o persoană care nutrește sentimente de ostilitate față de șef întîrzie frecvent la serviciu sau „uită" să-și îndeplinească anumite sarcini.

Acest gen de comportament este ineficient, pentru că generează ostilitate și resentimente în rîndul celorlalți și, datorită acestei atitudini din partea celor din jur, persoanele respective obțin rareori ceea ce vor.

O altă variantă a comportamentelor non-asertive este reprezentată de stilul manipulativ. Persoanele caracterizate prin acest mod de comportament obțin ceea ce vor deoarece îi determină pe ceilalți să simtă vinovăție sau compasiune față de ei, pozînd în victime sau în martiri. Metoda manipulativă funcționează numai în situațiile în care persoana vizată nu realizează ceea ce se petrece.

Spre deosebire de modelele de comportament descrise anterior, comportamentul asertiv implică solicitarea propriilor drepturi sau refuzul unor sarcini într-o manieră simplă, directă, deschisă, care nu urmărește să nege, să atace sau să-i manipuleze pe ceilalți.

Această atitudine presupune respect și considerație față de propria persoană și față de cei din jur.

Bourne (1995, p. 277) ne prezintă un model de antrenament asertiv în patru trepte.

I. Formarea comportamentului asertiv non-verbal. Acest comportament presupune:

• Persoana asertivă trebuie să privească interlocutorul drept în ochi atunci cînd i se adresează. Orientarea privirii în jos sau spre lateral indică nesiguranța în legătură cu ceea ce solicităm. Conduita diametral opusă, și anume fixarea interlocutorului cu privirea are de asemenea efecte negative, pentru că îl poate pune pe acesta din urmă într-o poziție defensivă.

• Adoptarea unei posturi care să exprime deschiderea. Astfel, dacă subiectul este așezat, el nu trebuie să-și încrucișeze picioarele și brațele și nici să țină trunchiul aplecat. În cazul în care stă în picioare, este indicat să mențină o poziție dreaptă, sprijinindu-se pe ambele picioare.

• Subiectul care comunică trebuie să se plaseze drept în fața interlocutorului (nu lateral) și să nu facă mișcări care să sugereze retragerea.

• Interlocutorul trebuie tratat cu calm. În cazul în care subiectul în cauză este nervos, e de dorit să se descarce în altă parte.

II. Recunoașterea propriilor drepturi și efectuarea unor exerciții de luptă pentru obținerea acestora.

Bourne (1995, p. 277) ne prezintă o listă a drepturilor unui adult, pe care mulți se pare că le-am uitat din cauza educației sau a experiențelor de viață trăite ulterior.

Lista drepturilor personale

1. Am dreptul să solicit ceea ce doresc.
2. Am dreptul să refuz solicitările cărora nu le pot face față.

3. Am dreptul să-mi exprim sentimentele, pozitive sau negative.
4. Am dreptul să-mi schimb opiniile.
5. Am dreptul să comit greşeli şi să nu fiu totdeauna perfect.
6. Am dreptul să mă conformez propriilor mele sisteme de valori.
7. Am dreptul să spun „nu" la tot ceea ce mi se pare că nu sînt pregătit să fac, este periculos sau îmi încalcă sistemele de norme şi valori.
8. Am dreptul să-mi stabilesc propriile sisteme de priorităţi.
9. Am dreptul să nu mă simt responsabil pentru comportamentele, acţiunile, sentimentele şi problemele celorlalţi.
10. Am dreptul să solicit onestitate din partea celorlalţi.
11. Am dreptul să mă supăr pe o persoană la care ţin.
12. Am dreptul să fiu eu însumi.
13. Am dreptul să mă simt speriat şi să spun acest lucru celorlalţi.
14. Am dreptul să spun „nu ştiu".
15. Am dreptul să nu prezint scuze şi să nu-mi motivez comportamentul.
16. Am dreptul să iau decizii bazate pe propriile mele sentimente.
17. Am dreptul să-mi satisfac propriile trebuinţe în timpul şi în locurile pe care le consider potrivite.
18. Am dreptul să mă distrez şi să fiu frivol.
19. Am dreptul să fiu mai sănătos decît cei din jurul meu.
20. Am dreptul să mă aflu într-o ambianţă în care nu se abuzează de persoana mea.
21. Am dreptul să-mi fac prieteni şi să mă simt bine în preajma celorlalţi.
22. Am dreptul să mă schimb şi să evoluez.

23. Am dreptul la respect din partea celorlalți față de propriile nevoi și dorințe.
24. Am dreptul să fiu tratat ca o persoană demnă și plină de respect.
25. Am dreptul să fiu fericit.

Autorul menționat recomandă pacienților și persoanelor doritoare să se autoperfecționeze să citească lista respectivă de mai multe ori.

III. Conștientizarea propriilor sentimente, dorințe și trebuințe.

Este dificil ca o persoană să devină asertivă dacă nu-și dă seama ce simte, ce dorește și ce nu dorește. Comportamentul asertiv presupune ca subiectul să spună deschis ce simte și ce anume dorește să se schimbe, ca în exemplul de mai jos:

„În acest moment sînt supărat și aș dori ca tu să mă asculți".

În cazul în care subiectului nu-i este clar ce simte și ce dorește, el trebuie să-și clarifice gîndurile și sentimentele, notîndu-le pe hîrtie sau discutîndu-le cu o persoană de încredere.

De asemenea, e greșită presupunerea că ceilalți știu ceea ce dorește el, fiind necesar să-și exprime clar dorințele, pentru că ceilalți oameni n-au posibilitatea să citească gîndurile.

IV. Exersarea răspunsurilor asertive.

• Descrierea problemei.

Subiectului i se cere să realizeze o descriere exactă a situației care îl supără. Aceasta trebuie să cuprindă atît referiri la persoana care îi creează problema (cine), perioada cînd are loc interacțiunea disfuncțională (cînd), ce anume îl supără, cum consideră că ar putea rezolva situația, temerile legate de punerea în acțiune a comportamentului asertiv, cît și obiectivele vizate în situația respectivă.

• Declaşarea răspunsului asertiv.

O dată definită situaţia, urmează elaborarea răspunsurilor asertive, care se realizează în mai multe etape:

- evaluarea drepturilor personale în cadrul situaţiei date;
- precizarea perioadei de timp în care subiectul doreşte să se producă o anumită modificare;
- interlocutorul trebuie informat cu exactitate care este problema şi care sînt consecinţele acesteia asupra persoanei în cauză;
- subiectul trebuie să-şi exprime clar şi sentimentele legate de situaţia creată, solicitările referitoare la schimbarea dorită şi consecinţele rezolvării problemei pentru ambele părţi;
- nu se acceptă sub nici o formă ca subiectul să se scuze atunci cînd solicită ceva. Astfel, acesta nu trebuie să spună „vă rog să mă iertaţi că abuzez de timpul dumneavoastră, dar aş dori să...", ci doar „aş dori să...". În cazul în care interlocutorul reacţionează agresiv, critic sau sarcastic, solicitarea trebuie repetată cu calm şi fermitate.
- pentru a obţine rezultatul dorit, este necesar ca subiectul să solicite, nu să comande sau să impună ceva altei persoane. Impunerea şi comanda reprezintă moduri agresive de comportament, care se bazează pe supoziţia falsă a subiectului că are totdeauna dreptate şi că cele solicitate i se cuvin;
- este indicat să se negocieze în mod deschis şi care sînt cîştigurile obţinute de ambele părţi în cazul în care partenerul cooperează, ca în exemplul următor:

„Dacă mă laşi să termin acum articolul, vom avea mai mult timp să ieşim împreună în oraş".

În cazul în care interlocutorul s-a dovedit o persoană refractară la cooperare, este indicat să i se descrie consecinţele negative care decurg din absenţa conlucrării, ca de pildă:

„Dacă nu vom fi gata la timp, voi fi obligat să plec fără tine".

Prezentăm, în cele ce urmează, un exemplu.

Maria efectuează exercițiile de relaxare și are nevoie de o jumătate de oră de liniște ca să-și încheie programul. Soțul ei, Alexandru, o întrerupe mereu prin tot felul de mijloace.

Înainte de a se confrunta cu el, Maria și-a elaborat următorul plan (după Bourne, 1995):

1. Evaluarea drepturilor personale:

„Am dreptul la o perioadă de timp în care să fiu singură".

„Am dreptul să mă preocup de propria persoană și să mă relaxez".

„Am dreptul ca soțul meu să-mi respecte dorințele".

2. Precizarea timpului cînd va avea loc discuția:

„Seara, cînd Alexandru se va întoarce de la serviciu, îi voi cere să discutăm problema respectivă. Dacă n-are chef de vorbă în seara aceasta, vom stabili ca discuția să aibă loc zilele următoare."

3. Prezentarea problemei în termenii consecințelor acesteia:

„Ți-am explicat de mai multe ori că am nevoie de o jumătate de oră de relaxare, dar tu ai continuat să mă deranjezi, punîndu-mi tot felul de întrebări. Comportamentul tău îmi tulbură concentrarea și, din acest motiv, nu pot să-mi duc la îndeplinire programul anti-stres."

4. Exprimarea sentimentelor:

„Mă simt frustrată atunci cînd sînt deranjată. Mă superi ori de cîte ori nu-mi respecți dreptul de a mă relaxa."

5. Exprimarea solicitării:

„Atunci cînd ușa camerei mele este închisă, aș dori să nu fiu întreruptă decît în situații de urgență. Mi-ar plăcea ca tu să-mi respecți dreptul de a beneficia de o jumătate de oră de liniște."

6. Prezentarea consecințelor cooperării pacientului:

„Dacă tu îmi respecți nevoia de relaxare, voi fi o companie mult mai plăcută pentru tine după aceea".

Să învățăm să spunem „nu"

Un aspect important al comportamentului asertiv constă în capacitatea de a refuza o solicitare pe care nu dorim s-o îndeplinim deoarece contravine propriilor noastre dorințe și nevoi, consumîndu-ne în mod inutil timpul și energia.

În cazul în care avem de-a face cu persoane străine, cu care nu dorim să menținem o relație este suficient să spunem: „nu, mulțumesc" sau „nu, oferta dumneavoastră nu mă interesează".

Dacă interlocutorul persistă în solicitarea sa, trebuie să repetăm refuzul cu calm și fermitate, privind persoana drept în ochi și ridicînd ușor tonul vocii.

Atunci cînd refuzul se adresează unor persoane apropiate, putem simți nevoia de a le oferi o explicație.

Bourne (1995, p. 289) sugerează ca în acest caz să se parcurgă următoarele etape:

- repetarea solicitării, pentru ca interlocutorul să fie încredințat că am înțeles despre ce este vorba;
- prezentarea motivelor refuzului;
- exprimarea refuzului;
- propunerea unei alternative convenabile pentru ambele părți.

Autorul mai sus-menționat consideră că această ultimă etapă nu este obligatorie.

Prezentăm, în cele ce urmează, cîteva exemple:

„Știu că ți-ar plăcea să ieșim împreună astă-seară. Din păcate, am avut o zi grea și sînt foarte obosit, așa că aș dori să mă odihnesc. Am putea alege o altă seară în cursul săptămînii ca să ieșim în oraș."

„Mi-am dat seama că ai dori să ne mai întîlnim. Cred că ești o persoană deosebită, dar mi se pare că nu avem multe puncte comune pentru a stabili o relație, astfel încît trebuie să te refuz."

Mc Kay (1983) prezintă cîteva îndrumări pentru persoanele care au dificultăți în a spune „nu":

1. Acordați-vă un răgaz.

Dacă vă vine greu să spuneți „nu", acordați-vă un anumit timp pentru a clarifica cum anume doriți să răspundeți unei solicitări (ca de exemplu „O să vă comunic răspunsul meu la sfîrșitul săptămînii").

2. Nu vă scuzați în mod exagerat.

Scuzele excesive dau impresia că persoana în cauză nu este prea sigură dacă nevoile sale sînt cu adevărat mai importante decît acelea ale solicitantului. Ca atare, acesta va face presiuni și mai mari pentru a obține ceea ce dorește, contînd adesea pe culpabilizarea persoanei căreia îi adresează solicitarea.

3. Precizarea conținutului refuzului.

Subiectul trebuie să explice exact ce anume va face și ce nu va face pentru celălalt, ca în exemplul:

„Sînt de acord să te duc cu mașina, dar numai dacă cobori în fața blocului la ora 7 și jumătate".

4. Utilizarea limbajului non-verbal de tip asertiv: privirea interlocutorului drept în ochi, poziție față în față, ton calm și ferm, fără reacții emoționale.

5. Evitarea culpabilității inutile.

Unii oameni pot simți dorința spontană de a face altceva pentru persoanele pe care le-au refuzat. În asemenea cazuri, este bine ca ei să mai reflecteze, pentru a fi siguri că noua ofertă provine dintr-un sentiment sincer și nu este doar rezultatul culpabilității.

Tehnici de evitare a manipulării

În majoritatea cazurilor, comportamentul asertiv duce la obținerea rezultatelor scontate. Există însă și situații cînd interlocutorii evită să răspundă solicitărilor, punînd în acțiune tot felul de mecanisme cum ar fi:

- schimbarea subiectului;
- reacție excesiv de încărcată emoțional (inclusiv mînie);
- glume pe seama solicitării;
- încercarea de a-l culpabiliza pe solicitant;
- criticarea solicitării sau formularea unor întrebări în legătură cu legitimitatea acesteia;
- solicitarea de motive care să justifice cererea.

O persoană cu adevărat asertivă nu va da înapoi în fața acestor tentative de manipulare, ci va persevera.

Bourne (1995, p. 292) prezintă cîteva tehnici de contracarare a manipulării.

1. Tehnica discului stricat

Această metodă implică repetarea de mai multe ori a solicitării, pe un ton calm și direct. Ea se utilizează atunci cînd nu dorim să facem ceea ce ne cere o altă persoană, dar ne simțim cumva prinși în capcana reprezentată de perseverența acesteia.

De exemplu, o cumpărătoare dorește să returneze o rochie cumpărată dintr-un magazin și să primească banii înapoi.

Vînzătoarea: Cu ce vă pot fi de folos?

Cumpărătoarea: Vreau să renunț la această rochie și să primesc banii înapoi.

Vînzătoarea: Noi nu obișnuim să primim mărfurile cumpărate și nu returnăm banii. Dar de ce vreți să returnați rochia?

Cumpărătoarea: Doresc să dau înapoi rochia și să-mi primesc banii.

Vînzătoarea: Dar nu ați încercat rochia înainte de a o cumpăra?

Cumpărătoarea: Vreau să returnez rochia și să-mi primesc banii înapoi.

Vînzătoarea: Poate doriți să schimbați rochia aceasta cu alta. O să vă arăt cîteva modele care v-ar veni bine.

Cumpărătoarea: Nu, mulțumesc. Doresc să returnez rochia și să-mi primesc banii înapoi.

Vînzătoarea: Nu am mai făcut niciodată așa ceva și mă tem că voi avea necazuri.

Cumpărătoarea: Înțeleg că aceasta reprezintă o problemă pentru dumneavoastră. Cu toate acestea, vreau să returnez rochia și să-mi primesc banii.

Vînzătoarea: Va trebui să cer aprobarea șefului.

Cumpărătoarea: Foarte bine!

Șeful magazinului: Cu ce vă pot fi de folos?

Clienta: Vreau să returnez acestă rochie și să primesc banii înapoi.

Șeful: Este ceva în neregulă cu această rochie?

Clienta: Nu! Vreau doar s-o returnez și să-mi primesc banii înapoi.

Șeful: Îmi pare rău că nu vă place rochia. Poftiți banii și sper că veți găsi ceva care să vă placă în magazinul nostru.

Clienta: Vă mulțumesc.

2. Tehnica dezamorsării

Această metodă se utilizează mai ales atunci cînd avem de-a face cu o persoană care ne critică frecvent și constă în acceptarea parțială a criticii.

Subiectul trebuie să fie de acord cu anumite laturi ale criticii pe un ton calm și stăpînit, fără să devină sarcastic sau să se situeze pe o poziție defensivă.

În consecință, interlocutorul, cu care am fost măcar parțial de acord, nu va mai avea tendința de a discuta în contradictoriu, ceea ce oprește escaladarea conflictului.

Iată un exemplu în care mama își critică fiica (Bourne, 1995, p. 293):

Mama: Fusta ta este îngrozitor de scurtă. Nu crezi că ar trebui să porți fuste mai lungi? Acum sînt la modă fustele mai lungi.

Fiica: Probabil că ai dreptate. Acum se poartă fuste ceva mai lungi.

Mama: Cred că dacă ți-ai tunde părul ți-ar fi mai ușor.

Fiica: Ai dreptate. Părul scurt e mai ușor de îngrijit.

Mama: Ai fi mult mai feminină dacă te-ai machia puțin.

Fiica: S-ar putea să ai dreptate. Nu m-am gîndit la asta. Machiajul m-ar putea face mai feminină.

Mama: Tu ar trebui să reprezinți un model pentru propria ta fiică. Știi doar că ea te copiază.

Fiica: Da, este adevărat că mă copiază.

Mama: Să mergem la masă.

Fiica: Hai să mergem.

La fel ca și tehnica discului stricat, tehnica dezamorsării este utilă în situațiile în care dorim să minimalizăm comunicarea. Metoda nu este la fel de eficientă atunci cînd avem de-a face cu un prieten sau cu un partener cu care dorim să menținem comunicarea, dîndu-i posibilitatea să-și exprime sentimentele. În astfel de situații e preferabil să-l ascultăm liniștiți și abia după aceea să facem propriile noastre comentarii.

3. Metoda modificării focalizării discuției de la conținut la proces

Constă în schimbarea subiectului unei discuții, focalizînd-o dinspre conținut către ceea ce se petrece între parteneri.

Dacă cineva răspunde la solicitarea noastră – exprimată într-o manieră asertivă – în orice alt mod în afară de a ne asculta sau de a ne răspunde (se înfurie, rîde de solicitarea noastră sau spune ceva care nu are legătură cu problema) este indicat ca mai întîi să modificăm focalizarea discuției dinspre conținut la proces (interacțiunea dintre parteneri) și apoi să revenim la solicitarea pe care am adresat-o, ca în exemplul de mai jos:

Sanda: Te-aş ruga să-mi telefonezi atunci cînd urmează să întîrzii acasă.

Soţul: Da, împărate!

Sanda: Am sesizat umorul tău, dar acesta nu are legătură cu problema.

Soţul: Care problemă?

Sanda: Ţi-aş rămîne foarte îndatorată dacă mi-ai telefona ori de cîte ori întîrzii acasă.

Soţul: Ştii ce m-am gîndit? În serile în care întîrzii nu te mai obosi să mă aştepţi cu masa, pentru că voi mînca ceva în drum.

Sanda: Nici acum nu ai pus punctul pe i. Mă simt foarte frustrată pentru că tu nu mă asculţi.

Soţul: Cu alte cuvinte, vrei să-ţi telefonez atunci cînd întîrzii? Nu-i aşa?

Sanda: Despre asta era vorba.

4. Tehnica amînării

Se utilizează atunci cînd cineva ripostează la solicitarea noastră asertivă declanşînd o reacţie cu o puternică încărcătură emoţională (furie, plîns etc.). În cazul relaţiilor cu persoane apropiate este bine să le lăsăm să-şi descarce emoţiile. Evident, într-o asemenea situaţie, interlocutorul nu va putea fi atent la solicitarea adresată, aşa că e bine să spunem:

„Văd că eşti foarte supărat acum. Vom discuta despre asta mîine."

5. Întrebările cu conţinut asertiv

Atunci cînd o persoană ne atacă pentru că am exprimat o solicitare cu conţinut asertiv, putem contracara atacul întrebînd interlocutorul de ce solicitarea respectivă l-a supărat atît de mult, ca în exemplul de mai jos:

Soția: Poți să mă duci cu mașina la cumpărături?

Soțul: Ia mai lasă-mă în pace!

Soția: De ce ți se pare atît de greu să mă duci acum la cumpărături?

Soțul: Am obosit să te tot car în toate părțile!

În cazul prezentat mai sus, comportamentul asertiv a scos la iveală o problemă mai profundă a cuplului, și anume exasperarea soțului nevoit să-și însoțească permanent soția agorafobică, situație în care ar fi indicat ca cei doi să aibă o discuție deschisă în problema tulburării soției.

Trebuie subliniat faptul că un comportament asertiv implică dezvoltarea mai multor abilități de comunicare, cum ar fi, de pildă, abilitatea de a-l asculta pe celălalt și de a negocia o formulă de compromis care poate satisface ambele părți.

Adoptarea comportamentului asertiv nu garantează că vom obține totdeauna ceea ce dorim, ci doar ne sporește șansele în direcția respectivă.

Terapia cognitiv-comportamentală și autostima

Autostima reprezintă o modalitate de a gîndi, simți și acționa care implică autoacceptarea propriei persoane, respectul față de sine și încrederea în forțele proprii.

Persoana care se acceptă pe sine poate trăi confortabil acceptîndu-și punctele tari și slăbiciunile fără să se critice în permanență.

Atunci cînd nivelul autostimei este scăzut, persoana are o senzație de vid interior, pe care încearcă să-l umple agățîndu-se în mod compulsiv de suporturi exterioare; cînd această nevoie de a umple vidul interior devine automată, repetitivă și plină de disperare, avem de-a face cu un comportament adictiv, ca în cazul toxicomaniei.

Adicția reprezintă un atașament față de un obiect sau o persoană a cărei posesie are menirea să-i trezească subiectului un sentiment de satisfacție și ușurare.

O alternativă sănătoasă la comportamentul adictiv este cultivarea autostimei sau, mai exact, a forței și încrederii care izvorăsc din interior. Autostima nu se construiește dintr-o dată, ci reprezintă un proces complex și de durată, în care elementul fundamental îl constituie dorința și capacitatea subiectului de a avea grijă de propria persoană. Aceasta înseamnă că subiectul trebuie să conștientizeze nevoile sale fundamentale și să facă demersurile necesare în vederea satisfacerii lor.

Bourne (1995, p. 301) ne prezintă cîteva dintre cauzele autostimei scăzute:

1. Părinți hipercritici

Aceștia criticau tot timpul copilul și îi fixau standarde comportamentale excesiv de înalte, care nu făceau decît să declanșeze sentimente de culpabilitate, copilul fiind convins că niciodată nu va fi destul de bun.

Ca adult, un astfel de copil va continua să lupte din răsputeri pentru perfecțiune și pentru depășirea unui sentiment de inferioritate adînc înrădăcinat.

Un asemenea subiect va avea și o foarte puternică tendință spre autocritică.

2. Pierderi semnificative suferite în copilărie

Copilul care a pierdut un părinte prin deces sau divorț va dezvolta un puternic sentiment de abandon, vid interior și insecuritate, sentimente ce vor fi accentuate de pierderile suferite la vîrsta maturității. Ca adult, individul respectiv va încerca să depășească sentimentul de abandon, devenind excesiv de dependent de o altă persoană, de activitatea profesională, alimente, alcool sau droguri.

3. Abuzul parental

Abuzul fizic şi sexual exercitat de părinţi reprezintă o psihotraumă majoră care poate conduce la apariţia unor sentimente de inadecvare, insecuritate, neîncredere în ceilalţi, culpabilitate şi ostilitate. Adulţii care au suferit abuzuri în copilărie pot deveni un fel de victime permanente sau, dimpotrivă, dezvoltă o atitudine ostilă faţă de lume şi viaţă, transformîndu-i pe ceilalţi în victime. În ambele variante, aceşti subiecţi vor întîmpina dificultăţi în stabilirea unor relaţii intime cu alţi oameni. Deşi are consecinţe mai puţin evidente, şi abuzul verbal poate conduce ulterior la tulburări emoţionale.

4. Alcoolismul şi toxicomania părinţilor

Consumul cronic de alcool sau droguri creează un mediu familial haotic şi nesigur, în care copilul nu-şi poate dezvolta sentimente profunde de încredere şi securitate. Permanenta negare a problemei de către părintele în cauză îl învaţă pe copil să nege sentimentele sale legate de situaţia din familie. Majoritatea copiilor crescuţi în astfel de medii dezvoltă o imagine de sine scăzută şi nu au sentimentul identităţii personale.

5. Neglijarea parentală

Există unii părinţi care, deşi nu comit abuzuri fizice, sexuale sau verbale asupra copiilor lor, le dau de înţeles că nu sînt doriţi. Această atitudine va dezvolta la copil nesiguranţă în ceea ce priveşte dreptul său la existenţă.

O asemenea persoană va avea tendinţe autodestructive şi se va autosabota în permanenţă.

6. Hiperprotecţia

Un copil hiperprotejat nu va învăţa niciodată să aibă încredere în lumea din afara cercului familial şi nu-şi va cîştiga

independența. La vîrsta adultă, o astfel de persoană va avea sentimentul insecurității și se va teme să se depărteze de locurile sigure sau de persoanele pe care se poate baza.

7. Indulgența exagerată a părinților

Copilul „răsfățat" nu va avea experiența unor gratificații acordate după merit și nici pe aceea a propriilor sale limite. Adulții de mai tîrziu vor fi persoane lipsite de perseverență, vor dezarma ușor și vor întîmpina dificultăți cînd vor fi solicitați să depună eforturi într-o direcție sau alta. Ei vor aștepta ca ceilalți să vină în întîmpinarea lor, în loc să-și creeze propriul destin. Pentru că viața îi privează de ceea ce le-a oferit în copilărie, persoanele respective se vor simți foarte nesigure la vîrsta adultă.

Rememorarea trecutului nu trebuie să aibă drept obiectiv învinovățirea părinților, ci reconstruirea unui prezent care să fie propice sănătății fizice și psihice personale.

BCU IAȘI / CENTRAL

Metode cognitiv-comportamentale de ameliorare a autostimei

(Bourne, 1995)

Maslow (1968), în binecunoscuta sa piramidă a trebuințelor umane, distinge cinci niveluri la care se structurează acestea:

Trebuințe de autoactualizare
(realizarea deplină a potențialului uman, împlinire personală)
↓
Trebuințe de autostimă
(respect față de sine, sentimentul realizării și măiestriei personale)
↓
Trebuințe de dragoste și apartenență
(nevoie de afecțiune și suport din partea celorlalți, intimitate, sentiment de apartenență)
↓
Trebuințe de securitate
(adăpost, mediu sigur)
↓
Trebuințe fiziologice
(hrană, apă, aer, somn, sex)

Maslow subliniază faptul că satisfacerea trebuințelor superioare este dependentă, măcar parțial, de îndeplinirea celor inferioare.

Bourne (1995) este de părere că un prim pas pe calea construirii autostimei îl reprezintă conștientizarea și satisfacerea propriilor trebuințe. Pentru facilitarea conștientizării, autorul prezintă o listă a principalelor trebuințe umane (între care nu sînt incluse trebuințele fiziologice de bază):

1. Siguranță fizică și securitate psihologică.
2. Securitate financiară.
3. Prietenie.
4. Atenție din partea celorlalți.
5. Nevoia de a fi ascultat de alții.
6. Nevoia de îndrumare.
7. Nevoia de respect.
8. Nevoia de confirmare.
9. Nevoia de a exprima și împărtăși sentimente.
10. Nevoia de apartenență.
11. Nevoia de nurturanță (nevoia ca alte persoane să aibă grijă de subiectul în cauză).
12. Nevoia de contact fizic.
13. Nevoia de intimitate.
14. Nevoia de exprimare sexuală.
15. Nevoia de loialitate și încredere.
16. Nevoia de autoîmplinire.
17. Nevoia de progres și de atingere a obiectivelor.
18. Nevoia de a se simți competent într-un anumit domeniu.
19. Nevoia de a aduce o contribuție.
20. Nevoia de distracție și joc.
21. Nevoia de libertate și independență.
22. Nevoia de creativitate.
23. Nevoia de împlinire spirituală.
24. Nevoia de dragoste necondiționată.

Autorul le sugerează subiecților care au probleme cu imaginea de sine să studieze lista respectivă și să se întrebe cîte din trebuințele de mai sus sînt satisfăcute în cazul lor, apoi să elaboreze o strategie concretă de îndeplinire a trebuințelor deficitare.

Stabilirea unei legături cu copilul interior

„Copilul interior" reprezintă o subpersonalitate care se comportă și reacționează ca un copil, adică:

- are sentimente şi emoţii caracteristice copilăriei;
- reprezintă acea parte a fiinţei noastre care exprimă cele mai profunde nevoi de securitate, încredere, grijă din partea celorlalţi, afecţiune şi mîngîiere;
- este o instanţă psihică plină de energie, vioiciune, creativitate şi tendinţe ludice;
- este, în acelaşi timp, purtătoarea traumelor emoţionale şi a tuturor durerilor acumulate în copilărie; aici îşi au sediul sentimentele de insecuritate, singurătate, teamă, ostilitate, ruşine sau culpabilitate, sentimente ce pot fi actualizate la vîrsta adultă.

În cazul în care negăm această subpersonalitate, ne va fi greu să fim relaxaţi, să ne păstrăm nealterate umorul şi bucuria de viaţă; dimpotrivă, vom fi conformişti, inhibaţi şi rigizi şi vom întîmpina dificultăţi în încercarea noastră de a fi încrezători, de a acorda şi primi afecţiune.

Pentru a restabili legăturile cu „copilul interior", Bourne (1995) propune parcurgerea următoarelor etape:

1. Depăşirea atitudinii negative faţă de copilul din noi

Majoritatea oamenilor au tendinţa de a trata copilul interior la fel cum s-au purtat cu ei părinţii în copilărie, interiorizînd comportamentul parental.

Dacă părinţii au fost excesiv de critici, subiectul va deveni, la rîndul său, excesiv de autocritic, mai ales faţă de impulsurile sale copilăreşti şi iraţionale. Dacă părinţii l-au neglijat, acesta va avea tendinţa de a neglija nevoile copilului interior, iar dacă au fost prea ocupaţi, individul nu-şi va găsi nici el timp pentru copilul din interiorul său.

În cazul în care persoana a suferit abuzuri, ea va deveni autodestructivă sau abuzivă în relaţiile cu ceilalţi, iar dacă părinţii au formulat interdicţii legate de exprimarea şi conştien-

tizarea sentimentelor, subiectul va dezvolta tendința de a-și ignora și nega trăirile afective.

Pentru a construi o bună imagine de sine, este necesară conștientizarea și contracararea tuturor atitudinilor parentale interiorizate care presupun critică excesivă, abuzuri, neglijarea sau negarea sentimentelor copilului din noi.

2. Stabilirea contactului cu „copilul interior"

Aceasta se realizează cel mai bine în stare de relaxare cu hipnoză, prin intermediul tehnicii vizualizării.

Bourne (1995, p. 308) ne prezintă un model de imaginație dirijată menită să faciliteze contactul și stabilirea unei relații simpatetice cu copilul interior.

„Imaginați-vă că vă relaxați stînd foarte confortabil într-un balansoar. Vă legănați ușor înainte și înapoi. Pe măsură ce vă legănați, vă întoarceți în timp. Vă legănați tot mai mult și vă întoarceți în timp, vă întoarceți tot mai mult în timp. Vă imaginați că timpul se întoarce și deveniți tot mai mic, din ce în ce mai mic. Timpul se întoarce și deveniți tot mai mic.

Vă închipuiți acum că vedeți un băiețel (sau o fetiță), întruchipînd copilul care ați fost cîndva. Vă imaginați că sînteți copilul de odinioară. Îl vedeți cu ochii minții. Cum arată? Cu ce este îmbrăcat? Cîți ani are? Unde se află? Ce face? Îi puteți vedea fața, expresia ochilor. Împărtășiți simțămintele copilului din interiorul ființei voastre. Privindu-l, vă puteți reaminti tot ce i-a lipsit în viață, tot ce l-a împiedicat să fie fericit. Remarcați persoanele sau situațiile care l-au îndurerat pe copil. Observați-i pe mama și pe tata care stau în fața copilului. Ce simte copilul interior față de părinți, sau poate față de o altă persoană? Ar dori copilul să spună ceva? În caz afirmativ, lăsați-l să se exprime chiar acum. Dacă copilul este prea speriat pentru a rosti vreun cuvînt, imaginați-vă cum adultul din ființa voastră intră

afecțiune pentru a-l consola, îi spui istoria vieții sale și pe a ta. Numai tu ești cu adevărat conștient de lucrurile care s-au întîmplat și acum i le poți spune și lui (ei).

Iei un album de fotografii și răsfoiți încet fotografie după fotografie, arătîndu-i toate lucrurile care s-au petrecut în viața lui și a ta. Îi poți vorbi despre momentul cînd a primit în dar prima sa bicicletă, cum a căzut încercînd să-și țină echilibrul și despre felul cum a fost prima dată insultat de cineva. Îi reamintești cum a învățat să se apere de ceea ce rănește sau despre acea rană pe care a suferit-o cu mult timp în urmă și pe care acum nu o mai simte. Și așa, de fiecare dată cînd îi arăți o fotografie din trecutul tău și una din viitorul său, îl ajuți să crească. Pentru că îl ajuți să vadă din perspectiva pe care o ai acum, vorbindu-i despre viitor, dezvăluindu-i consecințele fiecărui fenomen din trecut pe care nu putea să le anticipeze în acel moment.

Și, în timp ce parcurgeți împreună albumul, îți dai seama că acel copil care este cu tine devine matur, mai conștient de propriile sale resurse, mai încrezător în posibilitățile sale; treptat, îi crește capacitatea de a rezolva problemele pe care trebuie să le soluționeze, cu bucuria creativității.

În momentul în care ai ajuns la cele mai recente fotografii, îți dai seama că cele două persoane (care te reprezintă) au acum aceeași vîrstă și, împreună, cele două – care sînt de fapt una singură – au reușit să învețe din lucrurile care s-au întîmplat în trecut. De îndată ce ai terminat de răsfoit albumul, poți să spui afectuos „*La revedere*" acelei părți din tine și să părăsești prima cameră, plin de curiozitate să afli ce vei găsi în cea de-a doua.

A doua cameră

Acum ești cu adevărat curios să știi ce ai putea găsi în a doua cameră, și această curiozitate te copleșește. Acum deschizi ușa pentru a redescoperi ocaziile pe care crezi că le-ai pierdut.

afecțiune pentru a-l consola, îi spui istoria vieții sale și pe a ta. Numai tu ești cu adevărat conștient de lucrurile care s-au întîmplat și acum i le poți spune și lui (ei).

Iei un album de fotografii și răsfoiți încet fotografie după fotografie, arătîndu-i toate lucrurile care s-au petrecut în viața lui și a ta. Îi poți vorbi despre momentul cînd a primit în dar prima sa bicicletă, cum a căzut încercînd să-și țină echilibrul și despre felul cum a fost prima dată insultat de cineva. Îi reamintești cum a învățat să se apere de ceea ce rănește sau despre acea rană pe care a suferit-o cu mult timp în urmă și pe care acum nu o mai simte. Și așa, de fiecare dată cînd îi arăți o fotografie din trecutul tău și una din viitorul său, îl ajuți să crească. Pentru că îl ajuți să vadă din perspectiva pe care o ai acum, vorbindu-i despre viitor, dezvăluindu-i consecințele fiecărui fenomen din trecut pe care nu putea să le anticipeze în acel moment.

Și, în timp ce parcurgeți împreună albumul, îți dai seama că acel copil care este cu tine devine matur, mai conștient de propriile sale resurse, mai încrezător în posibilitățile sale; treptat, îi crește capacitatea de a rezolva problemele pe care trebuie să le soluționeze, cu bucuria creativității.

În momentul în care ai ajuns la cele mai recente fotografii, îți dai seama că cele două persoane (care te reprezintă) au acum aceeași vîrstă și, împreună, cele două – care sînt de fapt una singură – au reușit să învețe din lucrurile care s-au întîmplat în trecut. De îndată ce ai terminat de răsfoit albumul, poți să spui afectuos „*La revedere*" acelei părți din tine și să părăsești prima cameră, plin de curiozitate să afli ce vei găsi în cea de-a doua.

A doua cameră

Acum ești cu adevărat curios să știi ce ai putea găsi în a doua cameră, și această curiozitate te copleșește. Acum deschizi ușa pentru a redescoperi ocaziile pe care crezi că le-ai pierdut.

Toate se află în această cameră, le poți examina în voie și, pe măsură ce le privești mai atent, îți dai seama că ocaziile pierdute sînt de fapt oportunități care au deschis alte căi.

Fiecare ușă închisă presupunea deschiderea alteia, fiecare inițiativă terminată constituindu-se într-un alt început. Vei descoperi cu plăcere ocaziile pe care tu le-ai crezut pierdute și care te-au condus la găsirea unui lucru mai important și plin de noi sensuri pentru tine, așa cum ești acum.

În felul acesta, te simți satisfăcut de ceea ce s-a întîmplat. Acum știi că poți să renunți la privitul înapoi, nu simți nici un fel de regrete, ba dimpotrivă, ești mulțumit că ocaziile pierdute au revenit la tine.

După ce ai apreciat pe deplin aceste oportunități, poți părăsi a doua cameră și intri în a treia, pentru a vedea ce te așteaptă acolo.

A treia cameră

Deschizi ușa încet și descoperi înăuntru toți oamenii care au legătură cu viața ta. Te uiți mai atent și vezi că unii dintre ei sînt legați de viața ta prin fire foarte scurte, care-i țin aproape, în timp ce alții sînt legați cu fire lungi ce-i țin la distanță.

Unii sînt prinși cu benzi colorate, alții cu frînghii în culori palide și reci, celalți cu împletituri în care fiecare fir dezvăluie ceva care vă leagă unul de celălalt. Chiar dacă unul dintre fire se rupe, frînghia continuă să vă țină împreună.

Lănțișoare delicate de aur te țin legat de unii oameni, în timp ce alții sînt ancorați de tine prin lanțuri grele de fier. E bine să fii atent la fiecare pas, pentru că fiecare legătură reprezintă ceva care vă ține împreună și, dacă se produce vreo ruptură, atunci tot lanțul se desface și te poți separa. De asemenea, ai să vezi că unii oameni sînt legați de viața ta prin fire invizibile de nailon. Nu le-ai remarcat mai înainte, dar acum, uitîndu-te de aproape, observi firul lung de nailon transparent, dar foarte trainic mergînd de la tine pînă la o altă persoană.

Dacă ai să priveşti jur-împrejurul tău, ai să vezi care dintre oameni este legat mai îndeaproape de viaţa ta, şi care te atrage într-o direcţie sau alta. Acum ţi-ai dat seama care este tipul de legături dintre tine şi alţi oameni, poţi decide care legătură este mai strînsă, mai întinsă sau mai slabă.

Depinde numai de tine să strîngi o legătură sau să desfaci noduri şi legături ale vieţii tale. Rămîne la latitudinea ta să decizi dacă păstrezi toţi aceşti oameni legaţi de viaţa ta. Ai posibilitatea să alegi acum dacă îi dezlegi pe ei sau pe tine. Poţi opta să-i laşi să plece liberi şi să-şi urmeze calea proprie în viaţă, sau poţi să-i ierţi că nu sînt pe drumul pe care ţi l-ai fi dorit tu. Încetează să le mai descoperi calităţi pe care nu le au şi concentrează-te asupra celor cu care sînt înzestraţi în realitate.

Cînd faci acest lucru, nu-ţi rămîne decît să dezlegi nodul care vă leagă, dacă legătura este prea strînsă ori te trage acolo unde nu vrei să ajungi; acum ştii ce ai de făcut: poţi alege distanţa potrivită la care acea persoană trebuie să se afle faţă de tine. Modul în care hotărăşti să-ţi ţii legată propria viaţă te va conduce şi la oamenii pe care tu îi doreşti, după libera ta voinţă. De îndată ce ai desfăcut legăturile la care ai decis să renunţi, lasă oamenii să-şi urmeze propriul drum în viaţă, realizînd că fiecare „rămas-bun" al cuiva care pleacă înseamnă un „bun venit" al cuiva care soseşte. După ce ai dus la bun sfîrşit această sarcină, eşti gata să părăseşti camera şi să intri în cea de-a patra.

A patra cameră

Arată straniu la început. Este plină de sertare, largă şi scundă. Curios să vezi ceea ce se află înăuntru, deschizi şi găseşti un vis care iese din fiecare. La sfîrşit, poţi recunoaşte visurile şi, ajungînd să le priveşti, constaţi că ele sînt frumoase, atractive şi colorate.

Le priveşti înmărmurit. Redescoperi atît de multe visuri pe care le credeai uitate, chiar şi pe cele mai timide, cele pe

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

care nici măcar nu ai avut curajul să le povestești cuiva. Acum le examinezi cu atenție, le privești pe cele măreţe şi pe cele mărunte şi descoperi că cele mai mari visuri le conţin pe cele mai mici. Visurile mari sînt puternice pentru că ele doresc să fie îndeplinite. Ele pot pentru că îşi cunosc puterea, şi nu te vor lăsa în pace pînă cînd nu te decizi să le transformi în planuri care să devină realitate.

Acum examinezi cu atenție visurile care vor să fie îndeplinite pînă la sfîrşit, pentru a decide pe care-l vei transpune mai întîi în realitate.

Unele visuri încep să se lupte între ele, deoarece ele ştiu că, pentru a fi îndeplinite, trebuie să treacă pe rînd în următoarea cameră.

Acum ai la dispoziție tot timpul ca să alegi visul pe care vrei să-l iei cu tine în următoarea cameră, cea care transformă visurile în planuri.

Cînd eşti gata pentru acest lucru, mulţumeşte-le tuturor visurilor tale şi ia-ţi „la revedere", dar nu înainte de a le asigura că te vei întoarce în această cameră ori de cîte ori un vis a devenit suficient de mare pentru a fi transformat într-un plan. Cînd se va întîmpla asta, te vei întoarce să-l iei în următoarea cameră. În felul acesta îţi iei rămas-bun, gata să deschizi uşa care dă în cea de-a cincea cameră.

A cincea cameră

Baţi politicos la uşă şi intri în a cincea cameră unde găseşti şapte persoane înţelepte (pot fi femei sau bărbaţi, conform dorinţei tale) care poartă cîte o pălărie diferită şi stau în jurul unei mese rotunde. Sînt cei şapte înţelepţi care te pot ajuta să-ţi transformi visele în realitate.

Cînd îţi expui visul, persoana înţeleaptă cu pălărie ALBĂ îţi prezintă o perspectivă inocentă, pură, ingenioasă, necontaminată de prejudecăţi, astfel încît poţi privi faptele în mod neutru şi obiectiv.

Persoana înțeleaptă care poartă pălărie NEAGRĂ vorbește apoi, și vocea ei adîncă te avertizează asupra dificultăților și obstacolelor pe care trebuie să le depășești ca să-ți transformi planul în realitate; așadar, vei avea nevoie de toate resursele de energie, astfel încît vei ajunge să renunți la propria persoană pentru a trece prin toate încercările stabilite.

Apoi asculți sfatul persoanei înțelepte cu pălărie GALBENĂ, a cărei voce îți dă speranță, îți insuflă optimism și încredere, sentimente întărite de cuvintele persoanei cu pălărie VERDE, care te ajută să fii creativ și să concepi noi idei, generatoare de alte noi idei.

După ce persoana cu pălărie verde a terminat ce a avut de spus, o izbucnire pasionată a persoanei cu pălărie ROȘIE te lămurește cum să alegi emoțiile potrivite, active, capabile să rezolve problemele și orientate spre viitor.

La momentul potrivit, persoana înțeleaptă cu pălărie ALBASTRĂ intervine cu o voce sigură, fermă pentru a controla și organiza procesul care face apel la gîndirea logică și rațională. Persoana respectivă te ajută să înțelegi că ordinea ideilor derivă din ordinea lucrurilor și aceasta urmează ordinii ideilor.

Aceste persoane înțelepte, fiecare specializată într-un anumit domeniu, sînt însoțite de o altă persoană care poartă pălăria CURCUBEU.

Ce bucurie să privești acest pod de lumină și culoare! Persoana înțeleaptă cu pălărie curcubeu te ajută să vezi legăturile dintre gînduri diferite și să treci de la un tip de gîndire la altul. Ea poate să-ți indice tipul de înțelepciune de care ai nevoie în stadiul în care te afli cu lucrul la planul tău, inclusiv persoana care te poate ajuta în mod adecvat la realizarea acestuia. De îndată ce ai folosit această înțelepciune ca să-ți pui planul în aplicare, ești gata să faci primul pas pentru ca visul să devină realitate.

Acum, e timpul să mulțumești celor șapte persoane pentru ajutorul dat și să treci în următoarea cameră, unde știi că vei

găsi ceva ce te va ajuta să iei deciziile corecte pentru a-ți atinge scopurile.

Înaintea ta se află camera acțiunii. Acum, cînd planul tău este gata, cînd cele şapte persoane înțelepte te-au ajutat creativ, înțelept, inteligent, este timpul să treci de la vorbe la acțiune şi să transformi planul în faptă, într-un lucru real.

A şasea cameră

Cînd intri în cea de-a şasea cameră, constați că este plină de pantofi pentru tine. Rămîne la latitudinea ta să alegi perechea potrivită pentru paşii pe care vrei să-i faci şi pentru terenul pe care urmează să-l traversezi. Dacă drumul este dur, aspru şi periculos, presărat cu capcane, ai nevoie de o pereche de *cizme oranj*, ca cele purtate de pompieri. Acestea sînt cizmele care te fac să simți urgența şi prioritatea şi te conduc la coordonarea fiecărei acțiuni sigur şi ferm, canalizîndu-ți întreaga energie pentru a combate orice fel de pericol. Dacă vei purta aceste cizme oranj, te vei simți calm şi sigur pe tine, expert şi protejat.

Pe de altă parte, cînd te vezi învăluit de o ceață densă care face lucrurile importante dificil de sesizat, datorită formei lor nedefinite, îți poți pune o pereche de *pantofi gri* de antrenament. Ei sugerează gîndirea şi investigarea, te pot ajuta să cauți şi să găseşti mai uşor informația necesară, permițîndu-ți să vezi lucrurile de deasupra sau să ieşi în afara zonei de confuzie.

Şi dacă toate lucrurile din jurul tău par să-şi fi pierdut contactul cu realitatea, există şi o pereche de *ghete maro*, făcute din piele aspră, aşa cum poartă alpiniştii. Încălțările în care picioarele se simt bine înfipte pe pămînt sugerează simțul practic, evocîndu-ți valorile solide. Sînt durabile, confortabile şi te ajută să redescoperi principiile de bază, bunul-simț, simplitatea naturii şi valorile pămîntului pe care trăieşti şi pe care calci.

Cînd a sosit momentul potrivit pentru a te relaxa puțin şi a intra în rutină, îți poți pune niște încălțări *oficiale marinăreşti*.

Acestea sugerează rutina şi formalismul, îţi amintesc de faptul că respectarea regulilor te scuteşte să pierzi mult timp şi energie, permiţîndu-ţi canalizarea eforturilor către problemele prioritare.

Şi dacă simţi că îţi poţi acorda un răgaz, căci în jurul tău domneşte armonia, iar oamenii din preajma ta sînt demni de încredere, nu ai nici o presimţire „neagră" pentru că ştii că încrederea mutuală a creat o relaţie viabilă, atunci îţi poţi pune o pereche de *papuci confortabili*, calzi şi moi.

De la picioare, căldura se răspîndeşte în întregul corp, învăluindu-ţi inima şi umplînd-o cu iubire pentru tot ceea ce face viaţa plăcută şi confortabilă.

Dacă ai nevoie să-ţi faci auzită vocea severă şi autoritară în rolul pe care îl ai de jucat, îţi poţi pune o pereche de *ghete purpurii* de călărie, al căror aspect sugerează charisma şi strictetea autorităţii. Eleganţa unei uniforme oficiale o să-ţi amintească de felul în care te comporţi datorită poziţiei tale, cînd autoritatea ta este unanim recunoscută.

Şi cînd doreşti să-ţi celebrezi succesul, poţi purta *pantofi eleganţi* care să-ţi amintească faptul că tu meriţi ceea ce ai, fiindcă ai muncit din greu pentru a reuşi în viaţă şi acum simţi toată bucuria şi fericirea din tine şi din jurul tău. Şi cînd ştii că nu ai nevoie de nici un fel de încălţări pentru a-ţi proteja picioarele şi că a venit momentul să-ţi laşi amprentele pe asfalt, pune-ţi picioarele jos ferm, mergi cu picioarele goale şi lasă-ţi urmele pe drumul vieţii. Lasă-ţi amprenta picioarelor pe suprafaţa pe care mergi singur, ferm, drept înainte, presărînd drumul tău prin viaţă cu semnele trecerii tale – amprenta picioarelor tale, unică şi inconfundabilă.

După ce ai analizat mai multe tipuri de pantofi pe care le poţi purta pentru a realiza acţiuni menite să-ţi transforme planul într-o activitate practică, e timpul să părăseşti această a şasea cameră şi să intri în cea de-a şaptea, unde speri să ajungi în spaţiu deschis.

A şaptea cameră

Şi, într-adevăr, cea de-a şaptea cameră te duce afară, în spaţiul deschis.

Remarci aerul proaspăt şi inspiri adînc; respiraţia profundă îţi umple plămînii cu oxigen revigorant. Există, de asemenea, şi o fîntînă cu apă pură, clară, cristalină, ce parcă te îndeamnă să te speli. Pe măsură ce te speli, simţi purificarea şi renaşterea... Te uiţi în jur. Înainte de a te întinde pe pajiştea verde, în timp ce totul în jur este scăldat în lumină, descoperi cît de multe lucruri s-au schimbat în tine în timpul călătoriei prin cele şapte camere.

Surprins şi încîntat, îţi dai seama că ai devenit mai deschis, mai receptiv şi mai sensibil. Acum poţi observa modul în care arată lucrurile în realitate şi ştii ceea ce ai de făcut. Acum cunoşti cu precizie fiecare fir de iarbă în parte, fiecare frunzuliţă, şi poţi defini exact fiecare senzaţie şi emoţie. De asemenea, eşti capabil să percepi cu o claritate perfectă orice senzaţie, emoţie sau gînd pe care le trăieşti, ceea ce vrei şi ceea ce nu vrei să devii.

Acum eşti în măsură să observi înaintea ta un pod, podul care te aşteaptă să te ducă de partea cealaltă. Ştii că podul este trainic, fiind construit cu soliditatea dorinţelor şi motivaţiilor care au fost mai înainte planuri, apoi paşi în acţiune. Începi să traversezi calm şi încrezător acest pod care te susţine ferm.

... Cînd ajungi pe partea cealaltă, vezi un balon cu aer cald, care te aşteaptă. Te urci în el, şi balonul te ridică, pornind într-o călătorie prin spaţiu şi timp. De la înălţimea la care se află balonul poţi să te vezi într-o săptămînă, o lună, un an, doi, trei, patru, cinci ani din viaţa ta... şi să fii uimit de numărul de lucruri care s-au schimbat. Îţi dai seama că ai obţinut tot ce ai vrut şi că ai suferit schimbări datorită cărora astăzi îţi poţi exprima voinţa liberă. Astăzi, inconştientul tău a luat cea mai bună decizie pentru tine. Te bucuri cu adevărat privindu-ţi

viitorul, pentru că ştii că numai tu poţi vedea, pentru că numai tu poţi construi acel viitor prin folosirea tuturor resurselor de care dispui, conştient de ceea ce ştii că eşti, de ceea ce vrei şi ceea ce poţi face. Acum ştii că poţi să obţii ceea ce vrei, deoarece acest lucru este posibil, că poţi să-şi foloseşti cunoştinţele, deprinderile şi intenţiile în deplină libertate, că poţi utiliza resursele de creativitate şi înţelepciune pentru a-ţi atinge toate obiectivele.

3. Acordarea atenţiei „copilului interior"

Bourne (1996) recomandă persoanelor cu imagine de sine scăzută să desfăşoare mici acţiuni care să le facă plăcere, să amelioreze relaţia cu propriul eu şi să contribuie la creşterea sentimentului valorii personale. El prezintă o listă a posibilelor acţiuni menite să reflecte grija subiectului pentru propria persoană (Bourne, 1995, p. 311). Iată cîţiva itemi incluşi în această listă:

1. Faceţi o baie fierbinte.
2. Luaţi micul dejun în pat.
3. Faceţi-vă un masaj.
4. Cumpăraţi-vă o floare.
5. Jucaţi-vă cu un pui de animal.
6. Mergeţi la coafor.
7. Urmăriţi răsăritul sau apusul soarelui.
8. Citiţi o carte bună.
9. Ascultaţi o piesă muzicală care vă place.
10. Vizionaţi o comedie.
11. Culcaţi-vă devreme.
12. Luaţi-vă o zi liberă.
13. Faceţi o plimbare.
14. Pregătiţi-vă ceva bun de mîncare şi luaţi masa singur.
15. Întîlniţi-vă cu un prieten.
16. Mergeţi la plajă.
17. Cumpăraţi-vă ceva nou de îmbrăcat.

18. Cumpărați-vă o jucărie.
19. Dezlegați cuvinte încrucișate.
20. Faceți exerciții fizice.

Un aspect important al cultivării autostimei îl reprezintă stabilirea unor relații apropiate cu persoane semnificative din anturajul subiectului. Ceilalți nu ne pot sădi sentimente de încredere în sine și adecvare, dar faptul că ne acceptă, ne respectă și ne înconjoară cu afecțiune poate contribui la întărirea atitudinii pozitive față de propria persoană.

Bourne (1995) consideră că demersul de reconstruire a autostimei trebuie să implice și alte etape.

1. Starea de bine fizic și imaginea corporală

Sănătatea fizică și senzațiile de robustețe, vigoare, vitalitate reprezintă fundamente solide ale autostimei. Este dificil să avem o imagine bună despre noi atunci cînd sîntem obosiți, slăbiți sau bolnavi.

Studiile clinice au demonstrat rolul dezechilibrelor fiziologice – adesea datorate stresului – în apariția unor tulburări anxioase.

Din acest motiv, este necesară respectarea unui program ordonat care să cuprindă exerciții de relaxare, exerciții fizice și o alimentație rațională.

2. Exprimarea stărilor emoționale

Subiectul care nu are acces la propriile stări emoționale trăiește sentimente de alienare și anxietate. Identificînd și exprimînd deschis stările emoționale, persoana devine conștientă de nevoile și dorințele sale, cu alte cuvinte devine ca însăși.

3. Vorbirea interioară și afirmațiile care exprimă autostima

Ceea ce subiectul își spune în gînd și convingerile sale cu privire la propria persoană influențează în mod decisiv nivelul autostimei.

De regulă, la subiecții cu autostimă redusă, subpersonalitățile „Hipercriticul" și „Victima" sînt foarte dezvoltate.

Atunci cînd ne surprindem desfășurînd dialoguri interioare specifice celor două subpersonalități („Hipercriticul" și „Victima"), se impune parcurgerea următoarele etape:

a) Opriți fluxul gîndurilor negative prin utilizarea unei metode de distragere a atenției:

- desfășurați o activitate fizică;
- faceți o plimbare;
- practicați respirația abdominală;
- efectuați un exercițiu de relaxare scurt (5-7 minute);
- spuneți-vă în gînd „stop!".

b) Adresați întrebări cu caracter provocator gîndurilor negative:

„Ce dovadă am că lucrurile stau astfel?"

„Este acest lucru totdeauna adevărat?"

„Oare am luat în considerare toate aspectele problemei?"

c) Contracarați dialogul interior cu conținut negativ prin intermediul unor afirmații pozitive, ca de pildă:

„Mă accept și cred în mine așa cum sînt."

„Sînt o persoană de valoare. Nu am nevoie să mi-o dovedesc mereu."

„Merit respectul celorlalți."

„Cred în posibilitățile mele de a reuși."

„Nu e nevoie să fiu perfect pentru a merita dragostea celor din jur."

„Sentimentele și dorințele mele sînt importante."

4. Cultivarea sentimentului autoîmplinirii

Realizarea obiectivelor personale contribuie la întărirea autostimei. Deși realizările exterioare nu vor putea reprezenta niciodată baza unică pe care se construiește autostima, totuși acestea vor contribui în mod evident la cristalizarea opiniei pe care o avem despre propria persoană.

În vederea precizării obiectivelor personale, subiectul trebuie să-şi adreseze următoarele întrebări:

„Care sînt cele mai importante lucruri pe care le doresc de la viaţă acum şi în viitor?"

„Ce trebuie să fac pentru a atinge obiectivele respective?"

Cele mai importante domenii în care cineva poate avea obiective personale sînt:

- sănătatea fizică
- bunăstarea psihologică
- aspectele financiare
- relaţiile intime
- familia
- mediul de viaţă (locuinţă)
- prietenii
- cariera
- educaţia
- evoluţia personală
- timpul liber
- viaţa spirituală.

O dată stabilite obiectivele, subiectul trebuie să evalueze cu onestitate ce întreprinde şi ce nu întreprinde pentru realizarea acestora.

În cazul în care îşi găseşte scuze sau tergiversează activităţile menite să ducă la realizarea propriilor obiective, probabil că în calea acestuia au apărut diverse obstacole, cele mai importante dintre ele avînd la bază teama:

- de a pierde securitatea prezentă;
- de eşec;
- de respingere şi dezaprobare;
- de succes (şi de responsabilităţile care vor decurge de aici);
- legată de faptul că atingerea obiectivului va solicita prea mult timp şi energie;

- în legătură cu caracterul nerealist al obiectivului;
- de schimbare.

Depăşirea acestor temeri se realizează prin analogie cu altele, de pildă fobiile, subiectul fiind nevoit să se confrunte cu teama sa şi s-o abordeze în paşi mici. Alte obstacole care se pot ridica în calea îndeplinirii obiectivelor ţin de domeniul culpabilităţii, subiectul spunîndu-şi în gînd:

„Eu nu sînt destul de bun pentru a avea..."

„Eu nu merit să am..."

În aceste situaţii sînt indicate metodele terapiei cognitiv-comportamentale şi anume identificarea gîndurilor negative, combaterea acestora şi înlocuirea lor cu afirmaţii pozitive alternative.

O dată obstacolele depăşite, se trece la elaborarea unui plan de acţiune în cadrul căruia obiectivul major este segmentat în obiective mai mici. Terapeuţii de orientare cognitiv-comportamentală recomandă ca subiectul să-şi acorde o anumită recompensă după parcurgerea cu succes a fiecărei etape.

Planul de acţiune se referă la:

1. Obiectivul dezirabil (trebuie descris în termeni cît mai concreţi).
2. Ce paşi mici sau etape trebuie parcurse începînd din acel moment pentru atingerea obiectului?
3. Ce alte etape sînt necesare pentru realizarea obiectivului? (Se estimează timpul necesar pentru parcurgerea fiecărei etape).

În planificarea obiectivelor de viitor, subiectul trebuie să se sprijine, pentru a se mobiliza, pe realizările trecute, cunoscut fiind faptul că majoritatea oamenilor uită de succesele trecute atunci cînd se simt nemulţumiţi de ei înşişi.

Bourne (1995, p. 327) propune o listă a realizărilor personale menită să-l determine pe subiectul cu imagine de sine scăzută să se concentreze mai mult asupra succeselor şi mai puţin asupra eşecurilor.

Lista realizărilor personale

Notați realizările pe care le-ați obținut pînă în prezent în următoarele domenii de activitate:

1. Școală (Facultate)
2. Serviciu (Carieră)
3. Familie
4. Sport
5. Artă și hobby-uri
6. Conducere
7. Recompense și premii
8. Evoluție personală
9. Activități cu caracter caritabil
10. Ce lecții v-a învățat viața
11. Alte aspecte.

Nu trebuie să uităm însă faptul că, deși este plăcut să avem parte de recunoaștere socială, cele mai importante realizări sînt cele de natură interioară, care presupun obținerea echilibrului interior, a înțelepciunii și liniștii lăuntrice.

BCUIAȘI CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

Capitolul 13

METODE COGNITIV - COMPORTAMENTALE DE OPTIMIZARE A COMUNICĂRII

Comunicare bună şi comunicare ineficientă

O comunicare eficientă are următoarele caracteristici: subiectul îşi exprimă sentimentele în mod deschis şi direct şi îl încurajează pe partenerul său să facă acelaşi lucru. Mai precis, primul spune ce gîndeşte şi ce simte şi încearcă să înţeleagă ce gîndeşte şi ce simte cel din urmă.

Conform acestei descrieri, gîndurile şi sentimentele anumitor parteneri care comunică sînt foarte importante.

Comunicarea eficientă implică deci exprimare deschisă şi ascultare, în timp ce comunicarea ineficientă presupune refuzul părţilor de a-şi împărtăşi în mod deschis sentimentele şi refuzul de a asculta ce are de spus celălalt.

Persoanele care încep să se certe sau devin defensive comunică în mod ineficient cu semenii lor. Acestea îi contrazic pe ceilalţi fără a încerca să-i înţeleagă, proiectînd asupra lor mesaje implicite de genul:

„De fapt, nu mă interesează ce vrei să spui. Vreau doar să-mi exprim propriile opinii şi insist ca tu să fii de acord cu ele."

Un alt indicator al comunicării ineficiente îl constituie negarea propriilor stări afective şi exprimarea lor indirectă, ca

de pildă în cazul sarcasmului, care evidențiază o agresivitate pasivă.

Și agresivitatea activă constituie, la rîndul său, un indicator al unei comunicări deficitare.

Burns (1989, p. 365) prezintă o listă în care descrie caracteristicile comunicării ineficiente.

Studierea acestora ne va edifica în legătură cu ceea ce nu trebuie să facem atunci cînd încercăm să rezolvăm un conflict cu cineva.

1. Adevărul îmi aparține: persoana insistă, afirmînd că numai ea are dreptate și că celălalt se înșală.
2. Blamul: subiectul afirmă că problema creată se datorează greșelii celuilalt.
3. Martirizarea: subiectul susține că este o victimă inocentă.
4. Descalificarea: persoana afirmă că celălalt greșește sau este un „ratat", pentru că acesta „totdeauna" face sau „niciodată" nu face anumite lucruri.
5. Lipsa de speranță: subiectul abandonează disputa, susținînd că nu merită să mai încerce.
6. Spiritul revendicativ: individul susține că are dreptul la un tratament mai bun, dar refuză să ceară ceea ce dorește într-un mod deschis și direct.
7. Negarea: persoana insistă că nu se simte supărată, lovită sau deprimată atunci cînd de fapt așa stau lucrurile.
8. Agresivitate pasivă: subiectul se retrage fără să spună nimic; eventual iese „ca o furtună" din cameră, trîntind ușa.
9. Autoblamarea: în loc să rezolve problema, subiectul se comportă ca și cum ar fi o persoană demnă de dispreț, autoacuzîndu-se.
10. Acordarea ajutorului cu orice preț: în loc să ascultăm cît de trist, lovit sau supărat este celălalt, încercăm cu orice preț să rezolvăm problema sau să-i acordăm ajutorul nostru.

11. Sarcasmul: cuvintele sau tonul reflectă tensiune şi ostilitate, pe care subiectul nu le recunoaşte deschis.
12. Tactica „ţapului ispăşitor": subiectul pretinde că cealaltă persoană are o problemă, în timp ce el este fericit, echilibrat şi neimplicat în conflict.
13. Defensivitatea: refuzul de a admite că facem ceva greşit sau că avem vreo imperfecţiune.
14. Contraatacul: în loc să conştientizăm ceea ce simte celălalt, îi răspundem la critică cu aceeaşi monedă.
15. Diversiunea: în loc să se preocupe de modul în care cei doi parteneri se simt „aici şi acum", unul dintre ei sau ambii prezintă liste ale neînţelegerilor şi conflictelor trecute.

În cele ce urmează vom trece în revistă cîteva exemple extrase din practica psihoterapeutică.

Ioana, de 23 de ani, este studentă în ultimul an la Facultatea de Drept, iar soţul ei, Tudor, e medic chirurg.

Cei doi s-au despărţit în urmă cu cîteva luni, dar au avut o tentativă de împăcare.

Soţii urmau să decidă dacă era cazul să se despartă pentru totdeauna sau să încerce să-şi rezolve problemele, rămînînd împreună.

Ioana se plîngea de faptul că Tudor întîmpina dificultăţi în exprimarea propriilor sentimente. Atunci cînd era supărat, nu vorbea aproape deloc şi o trata cu răceală, în loc să-i explice ce anume simte.

Tudor se plîngea, la rîndul său, că Ioana este prea legată de familia ei, prea dominatoare şi egocentrică. El afirma că soţia punea propria familie şi cariera pe primul plan, făcîndu-l să se simtă un fel de „cetăţean de rangul al doilea".

La un moment dat, Tudor a plănuit o excursie în Grecia, şi cei doi nu au căzut de acord dacă era cazul să meargă şi Ioana sau nu. La început, Tudor ar fi dorit să plece singur, iar Ioana s-a simţit lezată. Mai tîrziu, el şi-a invitat soţia, dar între

timp ca hotărîse că ar fi mai bine să rămînă singură pentru o perioadă.

În momentul în care Ioana i-a comunicat că nu va merge în excursie, Tudor s-a supărat şi a spus:

„Ar fi mai bine să-ţi vezi de viaţa ta şi să nu mai speri nimic de la această relaţie!"

Răspunsul soţiei a fost: „Nu e nici o problemă! Am şi început să fac asta!"

Avem în acest caz un exemplu tipic de comunicare ineficientă sub forma fenomenului de negare.

Tudor se simte supărat şi respins, dar încearcă să-şi ascundă sentimentele şi de aceea o respinge şi o bruschează pe Ioana. Modul în care a reacţionat Tudor corespunde cu imaginea de persoană rece pe care şi-a făcut-o soţia despre el.

Pentru o bună comunicare ar fi fost indicat ca el să i se adreseze soţiei astfel: „Mă simt dezamăgit şi rănit. Ţin la tine şi doresc din tot sufletul ca tu să mă însoţeşti."

În acelaşi timp, Tudor nu înţelege sentimentele Ioanei, pentru că nu intuieşte motivul pentru care aceasta a decis să nu meargă în călătorie. În felul acesta, el îşi motivează lipsa afecţiunii şi interesului faţă de soţia sa. Răspunsul Ioanei reprezintă şi el o modalitate ineficientă de comunicare, bazată pe sarcasm şi negare, pentru că ea nu a luat în considerare sentimentele lui Tudor şi nu şi le-a exprimat pe ale sale. Această manieră de a comunica o face să pară rece şi neinteresată de soţul ei.

Negarea propriilor sentimente reprezintă un fenomen foarte răspîndit, mulţi oameni trăind o teamă cumplită că se va întîmpla ceva îngrozitor dacă îşi vor exprima sentimentele într-un mod direct şi deschis.

Reluînd exemplul de mai sus, ar fi fost mai indicat dacă Ioana i s-ar fi adresat astfel:

„Mă simt rănită pentru că mi-ai spus să-mi văd de viaţa mea. Sînt foarte supărată. Încă mai ţin la tine şi nu aş dori ca

relația noastră să se termine. Mi-ai spus să nu-mi mai pun nici o speranță în această relație. Vocea ta mi s-a părut glacială. Mă întreb, oare ești supărat pentru că m-am hotărît să nu merg în Grecia?"

Acest mod de adresare îl va determina pe soț să devină conștient de sentimentele soției și, în același timp, îl va încuraja să-și exprime propriile simțăminte.

Răspunsul corect al Ioanei o va face în același timp vulnerabilă, pentru că își va manifesta sentimentele în fața partenerului, dar și puternică, deoarece îl va determina și pe acesta din urmă să-și deschidă sufletul.

Să prezentăm un alt exemplu de comunicare ineficientă (Burns, 1989, p. 369).

Fiul lui Mildred, Jerry, are 25 de ani și studiază medicina la San Francisco. El este foarte apropiat de mama sa și cei doi vorbesc frecvent la telefon.

Jerry are note bune, este atrăgător și are foarte mulți prieteni. Cu toate acestea, el îi spune mamei că viața nu are nici un sens pentru el și că, dacă mama sa nu ar exista, probabil s-ar sinucide.

În momentul în care Jerry îi face asemenea mărturisiri, Mildred intră în panică. Ea îi spune, la rîndul ei, că are toate motivele să trăiască, accentuînd faptul că este inteligent, că are mulți prieteni, că arată bine și că femeile îl plac.

Erorile de comunicare pe care le includ aceste afirmații sînt de tipul „adevărul îmi aparține" și „acordarea ajutorului cu orice preț".

Mildred nu-l încurajează pe Jerry să-și exteriorizeze sentimentele și nici nu și le exprimă pe ale ei. Auzind ce spune băiatul, ea se simte șocată, speriată, îngrijorată și frustrată, dar în loc să dea expresie acestor simțăminte, ea încearcă să-l încurajeze contrazicîndu-l. Astfel, dacă Jerry spune că existența lui este mizerabilă, mama susține că, dimpotrivă, are o

viață bună. Acest lucru îl va determina pe Jerry să se simtă frustrat pentru că mama sa nu înțelege prin ce stare trece el, fapt ce îl va determina să se plîngă și mai mult. El va găsi cinci motive pentru care viața sa nu merită trăită, iar mama cinci motive pentru care viața fiului este bună, și ambii se vor simți anxioși, frustrați și exasperați.

O comunicare defectuoasă implică foarte frecvent discuții în contradictoriu. Noi nu ascultăm ce spune cealaltă persoană, pentru că ne supără să auzim ce simte aceasta.

Mildred este atît de speriată încît nici nu-și dă seama că discută în contradictoriu. Ea își iubește fiul cu disperare și dorește ca acesta să se simtă bine.

Tendința de a discuta în contradictoriu și de a-l contrazice pe celălalt atunci cînd sîntem supărați este practic universală, dar ea adîncește distanța și afectează relațiile bazate pe intimitate.

În cazul de față, Jerry încearcă să obțină înțelegerea mamei sale și este evident că el dorește să comunice, deoarece îi telefonează frecvent.

Iată ce ar fi trebuit să-i spună Mildred fiului ei, pentru ca cei doi să comunice mai bine:

„Jerry, nici nu știi ce prost mă simt acum. M-am speriat cînd mi-ai spus că viața ta este lipsită de sens și că nu merită să trăiești. Te iubesc și mi se frînge inima să te știu cuprins de tristețe și disperare. Ai putea să-mi explici de ce te simți așa? Poate că îți lipsește ceva foarte important în viață. Poate că ai o problemă pe care te temi să mi-o împărtășești? N-ai vrea să-mi spui mai mult în legătură cu ceea ce simți?"

Acest mod de a reacționa este mai deschis, pentru că mama acceptă să se arate speriată și îngrijorată în loc să-și ascundă sentimentele și să acorde un ajutor care nu i-a fost cerut. În același timp, ea îl va încuraja să comunice, și acesta va fi sprijinul real de care are nevoie fiul ei.

Cele cinci secrete ale comunicării eficiente

(Burns, 1989, p. 377)

Abilitățile de ascultare sînt:

1. Tehnica dezarmării: Identificați ceva adevărat în afirmațiile celeilalte persoane, chiar dacă sînteți convinși de faptul că tot ce spune aceasta este greșit, irațional sau nedrept.

2. Empatia: Puneți-vă în pielea celeilalte persoane și încercați să vedeți lumea prin prisma acesteia.

- Empatizarea cu gîndurile celuilalt: parafrazați cuvintele celeilalte persoane.
- Empatizarea cu stările afective: conștientizați ceea ce simte celălalt, pe baza afirmațiilor acestuia.

3. Tehnica interogării: adresați pe un ton blînd și cald cît mai multe întrebări la obiect pentru a afla ce simte și ce gîndește interlocutorul dumneavoastră.

Abilitățile de auto exprimare sînt:

1. Afirmații de tipul „eu simt" (de pildă: „Eu mă simt supărat"), în locul acelora care încep cu „tu" („Tu nu ai dreptate"; „Tu mă enervezi").

2. Întăririle pozitive: Găsiți ceva pozitiv să-i spuneți celuilalt, chiar în toiul unei dispute. Acest lucru indică faptul că îi purtați respect, chiar dacă sînteți supărați unul pe celălalt.

Abilitățile de ascultare

1. Tehnica dezarmării

Este cea mai eficientă tehnică de ascultare. Presupune descoperirea unui anumit adevăr în afirmațiile interlocutorului în pofida convingerii noastre că tot ceea ce spune el este greșit. Această metodă reprezintă o armă eficientă atunci cînd ne simțim criticați și atacați, avînd un efect calmant asupra adversarului. În măsura în care vom rezista tendinței imperioase de a

ne certa şi vom da dreptate celuilalt, vom deveni învingători. La rîndul său, şi adversarul se va simţi învingător şi va manifesta mai multă receptivitate faţă de punctul nostru de vedere.

Burns (1989, p. 378) ilustrează această afirmaţie prin următorul exemplu:

Să presupunem că un pacient îi spune terapeutului: „am îndoieli în privinţa acestor tehnici de optimizare a comunicării."

În această situaţie, terapeutul ar trebui să răspundă astfel:

„Ai dreptate să te îndoieşti. Nici eu nu sînt pe deplin convins că aceste metode îţi vor fi de folos. Există oameni cărora le vine foarte greu să se schimbe. Aş dori să aflu motivele pentru care aceste metode ţi se par inutile."

Se constată faptul că atunci cînd îl aprobăm pe celălalt, acesta nu mai pare dispus să se certe.

S-ar putea să respingem această tehnică pentru că sîntem supăraţi şi considerăm că dreptatea e de partea noastră şi, ca atare, avem tot dreptul să ne apărăm. Dacă cedăm acestei tentaţii, bătălia este pierdută, pentru că a te certa cu cineva care te critică este totdeauna ineficient, pe cînd a fi de acord cu el permite construirea unui raport.

Să presupunem că soţia spune supărată: „tu întîrzii totdeauna; m-am săturat să te tot aştept!".

În acest caz, un răspuns potrivit ar fi: „ai dreptate, am întîrziat şi ai tot dreptul să fii supărată."

Să luăm un alt exemplu. Şeful vă spune pe un ton iritat: „acest raport nu este bun de nimic. Probabil ai fost cu capul în nori atunci cînd l-ai întocmit".

Vă simţiţi profund lezat pentru că aţi lucrat mult la raportul respectiv şi sînteţi convins că nu este chiar atît de prost pe cît afirmă şeful. Într-o astfel de situaţie răspunsul potrivit ar fi:

„Se pare că am omis ceva important, chiar dacă am lucrat mult la acest raport. Aţi putea să-mi spuneţi ce vă place şi nu ce nu vă place în lucrarea respectivă?".

Reacţia dumneavoastră îl va calma pe şef, care va da dovadă de mai mult tact pe parcursul comunicării.

Acest adevăr a fost evidențiat încă din antichitate. Astfel, acum 2000 de ani, Epictet spunea:

„Dacă cineva te critică, fii imediat de acord cu el. Spune-i că, în cazul în care te-ar fi cunoscut mai bine, nu te-ar fi criticat doar pentru acel lucru!".

Tehnica dezarmării adversarului are efect numai dacă cel care o practică pare sincer, își respectă adversarul și nu adoptă un ton ironic.

Simțul umorului și absența defensivității vor putea transforma o luptă potențială într-o discuție productivă asupra unei probleme, spulberînd ostilitatea adversarului.

2. Empatizarea

Empatizarea presupune tentativa de a ne situa pe poziția celuilalt, în încercarea de a înțelege ceea ce gîndește și simte acesta.

Empatizarea cognitivă

Repetați cu voce tare spusele celuilalt, pentru ca respectiva persoană să se convingă că am înțeles ceea ce dorea să ne comunice. Puteți să-i adresați o întrebare pentru a vă lămuri dacă ați recepționat mesajul în mod corect.

Să presupunem că logodnicul unei tinere i se adresează pe un ton glacial: „cred că relația noastră nu mai are nici un viitor; diferența de vîrstă dintre noi este prea mare".

Tînăra ar trebui să răspundă astfel:

„Nici un viitor? Tu crezi că diferența de vîrstă este prea mare? Ai putea să-mi explici mai bine ceea ce simți?"

Tehnica implică parafrazarea spuselor celuilalt pe un ton necritic și deschis, pentru a putea descoperi ceea ce gîndește el cu adevărat.

Empatizarea afectivă

După parafrazarea cuvintelor celuilalt, adresați o întrebare pentru a verifica dacă ați identificat în mod corect și stările sale afective.

Să presupunem că soţul i se adresează soţiei pe un ton agresiv:

„Tu nici măcar nu mă asculţi. Atunci cînd încerc să discut cu tine, parcă mă lovesc de un zid!"

Aceasta din urmă ar trebui să răspundă astfel: „Se pare că sînt încăpăţînată şi rigidă. Îmi închipui că te simţi agasat şi frustrat atunci cînd vorbeşti cu mine. Chiar asta simţi?"

Pe măsură ce soţul începe să-şi dezvăluie sentimentele, soţia trebuie să le accepte şi să nu reacţioneze într-o manieră critică sau ostilă.

Dacă acesta va declara: „chiar mă simt agasat!", ea ar trebui să răspundă:

„Îmi pare bine că mi-ai spus acest lucru, deşi mă întristează. Şi eu mă simt frustrată atunci cînd ceilalţi nu mă ascultă, aşa că înţeleg ceea ce simţi."

Subliniem faptul că în timpul practicării acestei tehnici nu trebuie să fim de acord sau nu cu celălalt, ci doar să parafrazăm spusele lui şi să-i detectăm stările afective. Este indicat să adoptăm un ton calm şi liniştit, în timp ce utilizăm expresii de tipul următor:

„Mi se pare că tu vrei să spui că..."

„Se pare că..."

„Mi se pare că tu crezi că..."

„Să vedem dacă am înţeles corect..."

„Aş dori să mă asigur că am înţeles ceea ce vrei să spui..."

3. Tehnica interogării

Metoda constă în formularea mai multor întrebări, pe un ton blînd, pentru a afla ce gîndeşte şi ce simte cealaltă persoană.

Putem să cerem partenerului de dispută să ne vorbească mai mult despre sentimentele sale negative sau despre ceea ce crede că i-am făcut sau i-am spus atunci cînd s-a simţit rănit.

Majoritatea oamenilor întîmpină mari dificultăți în exprimarea sentimentelor de ostilitate pentru că ei nu vor să admită că se simt frustrați.

Tehnica interogării îl invită pe celălalt în mod direct și explicit să vă critice și să vă spună cît de supărat este.

Burns (1989, p. 390) afirmă faptul că, dacă îl lăsăm pe celălalt „să-și etaleze cărțile pe masă", avem mai multe informații despre ceea ce se întîmplă și ținem problema sub control.

Și în cazul în care utilizăm tehnica interogării, tonul vocii este esențial. De pildă, dacă cineva ne spune pe un ton agresiv: „ești o persoană egoistă!" și noi îi răspundem sarcastic: „O, cu egoistă?", această replică va ascunde o ripostă mascată, mesajul real fiind următorul: „cum îndrăznești să insulți un om atît de bun și de nevinovat ca mine?".

Subiectul care a reacționat astfel nu trebuie să fie surprins că nu va primi răspunsul agreabil mult așteptat.

Pentru a avea mai mult succes, persoana în cauză ar trebui să i se adreseze interlocutorului astfel:

„Ai putea să-mi spui ce am spus sau ce am făcut pentru a fi considerat egoist?"

Tehnica interogării nu servește numai la obținerea de informații în legătură cu gîndurile și simțămintele unei persoane, ci și la transformarea unei reacții negative vagi într-o problemă concretă, care poate fi rezolvată într-un mod constructiv.

Să presupunem că un angajat solicită o avansare, iar șeful său direct își exprimă rezerva față de cererea lui, afirmînd că angajatul în cauză are prea puțină experiență. În loc să se simtă învins și deprimat următoarele cîteva luni, acesta ar trebui să întrebe: „ce fel de experiență credeți că îmi lipsește?"

Atunci cînd șeful va descrie calitățile sau experiența care îi lipsesc angajatului, acesta va trebui să recurgă la tehnica empatiei și dezarmării, dînd dreptate șefului și asigurîndu-l că îi înțelege punctul de vedere. Angajatul poate chiar să discute împreună cu șeful un plan de autoperfecționare pentru a dobîndi experiența necesară.

Dacă tehnica este utilizată cu abilitate, s-ar putea ca acesta să primească avansarea solicitată.

Să luăm un alt exemplu. Un tînăr îi spune la un moment dat prietenei sale: „Am nevoie de mai multă libertate!"

Răspunsul fetei ar putea fi următorul:

„Spui că ai nevoie de mai multă libertate (empatie cognitivă). Asta sună de parcă te-ai simți prins în capcană și nesatisfăcut de relația noastră (empatie emoțională). Poate dorești să te mai întîlnești și cu alte persoane (empatie emoțională). Ai putea să-mi spui ce probleme ridică relația noastră (metoda interogării)? Aș dori să știu ce anume îți place și ce nu-ți place în această relație (metoda interogării)."

Dacă nu vrem să ne implicăm într-o dispută fără sfîrșit este bine să utilizăm tehnicile de mai sus și în special aceea a dezarmării, identificînd un dram de adevăr în afirmațiile interlocutorului. În felul acesta, putem infirma criticile acestuia fără a invoca nici un argument în apărarea noastră. Acest paradox este denumit de Burns (1989, p. 394) „legea persuasivă a contrariilor": fiți de acord cu criticul dumneavoastră și veți dezaproba afirmațiile acestuia în ceea ce vă privește!

Dimpotrivă, dacă veți respinge critica, nu veți face decît să-i întăriți convingerea că acuzațiile lui sînt reale.

Pentru a ilustra afirmațiile de mai sus, vom prezenta un exemplu (Burns, 1989, p. 396).

Partenerul dumneavoastră vă atacă susținînd:

„Ție nu-ți pasă de nimeni, în afară de tine!"

• Răspunsul de tip persuasiv: „Ceea ce spui mă necăjește (afirmație de tipul „eu simt..."). Cred că ți-am lăsat impresia că nu-mi pasă de tine (empatie cognitivă). Tu nu meriți să fii tratat în felul acesta (tehnica dezarmării). Nici mie nu-mi place să fiu ignorat, așa că înțeleg că ești supărat pe mine (empatie emoțională). Chiar așa stau lucrurile (tehnica interogării)?".

În felul acesta ați manifestat grijă față de cealaltă persoană și respect pentru sentimentele acesteia. Ați evitat să vă apărați

într-o manieră egocentrică, ceea ce dovedește că țineți la celălalt. Astfel, acuzația lui este infirmată.

• Răspunsul defensiv: „Asta e o minciună. Mie îmi pasă de tine, dar atunci cînd nu cedez mă certi și mă acuzi că nu te iubesc. Tu ești de fapt cel egoist!".

Acest tip de răspuns implică ostilitate și blamare. Mesajul nu reflectă dragostea și grija pe care persoana afirmă că le simte și din acest motiv el sună fals. Partenerul vă percepe ca pe o persoană rece, critică și defensivă, convins fiind că nu vă pasă decît de propria persoană.

În felul acesta, în loc să contraziceți critica, nu ați făcut decît să dovediți că este pe deplin întemeiată.

Abilitățile de autoexprimare

1. Afirmațiile de tipul „eu simt..."

În loc să ne certăm sau să devenim defensivi, putem să ne exteriorizăm sentimentele utilizînd afirmații de tipul „eu mă simt nervos, supărat, deprimat etc. ".

Prin intermediul unor afirmații de acest gen, pot fi exprimate următoarele tipuri de stări afective (Burns, 1989, p. 395):

a) Sentimente negative:

„Mă simt criticat"; „Mă simt supărat"; „Mă simt neînțeles"; „Mă simt constrîns" etc.

b) Sentimente care exprimă vulnerabilitatea:

„Mă simt trist"; „Mă simt respins"; „Mă simt ignorat"; Mă simt intimidat"; „Mă simt atacat".

c) Dorințe și aspirații:

„Aș dori să plecăm împreună o perioadă mai lungă"; „Aș vrea să rezolvăm această problemă și să ne simțim mai aproape unul de celălalt"; „Aș dori ca tu să înțelegi punctul meu de vedere".

Afirmațiile de tipul „eu simt" sînt opuse celor care încep cu „tu...", „mă enervezi", „tu nu ai dreptul să spui acest lucru",

„tu greşeşti...", pentru că acestea cuprind în sine critică şi blamarea celuilalt, conducînd la discuţii în contradictoriu şi chiar la ceartă. Abilităţile de ascultare vă vor ajuta să înţelegeţi sentimentele celorlalţi, în timp ce abilităţile de exprimare vă vor fi de folos în dezvăluirea propriilor simţăminte.

Mulţi oameni întîmpină dificultăţi în exteriorizarea sentimentelor de ostilitate, ei reuşind să le exprime agresiv sau să le ascundă, plătind preţul unor simptome psihice şi somatice.

Se pare că este mult mai simplu să adresăm vorbe grele unei persoane care ne-a supărat decît să-i spunem: „Mă simt rănit de ceea ce mi-ai spus. Hai mai bine să discutăm problema împreună."

Afirmaţiile de tipul „eu simt" sînt esenţiale atunci cînd avem tendinţa să devenim defensivi sau să ne angajăm într-o dispută.

Persoana care discută în contradictoriu îşi imaginează că are de apărat ceea ce ea consideră un adevăr, încercînd să-l convingă pe celălalt că greşeşte şi neţinînd seama de faptul că şi adversarul său îşi imaginează că are de apărat un adevăr la fel de absolut.

De fapt, aşa-zisul adevăr nu reprezintă decît o formă mascată de ostilitate.

Să presupunem că un prieten vă spune supărat: „Te înşeli în privinţa aceasta. Eşti un prost!"

În loc să-i replicăm pe un ton dur: „Ba tu n-ai dreptate, prostul eşti tu!", ar fi mult mai potrivit un astfel de răspuns: „Mă simt jignit, atacat şi rănit. Mai bine mi-ai explica de ce crezi că nu am dreptate."

2. Autoîntărirea

Mai mult decît orice, oamenii doresc ca ceilalţi să le acorde atenţie şi să-i aprecieze, temîndu-se de respingere, desconsiderare sau de a fi judecaţi. Din acest motiv, Burns (1989) recomandă transmiterea unor mesaje pozitive către oponent,

chiar şi în toiul unei dispute aprinse. În felul acesta, interlocutorul se simte respectat şi apreciat.

De asemenea, multe persoane nutresc convingerea că ostilitatea şi grija faţă de celălalt reprezintă sentimente total opuse. Astfel, se presupune că doi oameni furioşi care se ceartă nu ţin unul la celălalt şi nu se respectă reciproc. Această convingere îi face pe oameni să reacţioneze disproporţionat, transformînd un conflict minor într-o tragedie. Subiectul în cauză simte nevoia să-l respingă pe celălalt înainte de a fi respins la rîndul său, pentru a-şi salva imaginea de sine. Putem preveni escaladarea conflictelor dacă îi demonstrăm interlocutorului nostru că, deşi sîntem foarte supăraţi, totuşi îl preţuim mult, fapt ce îl va determina să se deschidă sufleteşte, să ne asculte; în felul acesta, el se va simţi mai puţin ameninţat.

Unele mesaje de acest gen ar putea suna astfel:

„Sînt foarte supărat, dar ţin mult la tine!" sau: „Avem păreri complet diferite referitoare la această problemă, însă cred că ar trebui să discutăm problema împreună. Deşi nu sînt de acord cu punctul dumitale de vedere, te asigur că te respect foarte mult şi doresc să colaborăm în continuare."

La baza acestei tehnici se află aceeaşi teorie ca şi în cazul autostimei necondiţionate. Cu alte cuvinte, poate să nu ne placă ce face, ce simte sau ce gîndeşte o anumită persoană, dar aceasta nu înseamnă condamnarea ei în totalitate.

Este însă posibil ca unii subiecţi să-şi pună întrebarea: „Ce vom face dacă individul X este într-adevăr un ticălos şi nu mai dorim să avem de-a face cu el?"

În această situaţie, Burns (1989) atrage atenţia că de multe ori în viaţă ni se va întîmpla să simţim pornirea de a rupe relaţiile cu semenii noştrii, pentru că ei ne exploatează, sînt prea egoişti sau prea insensibili. Cu toate acestea, avantajul menţinerii unor bune relaţii este mai mare decît pierderea. De aceea, dacă-i vom spune un lucru pozitiv unei persoane cu care avem o dispută, o vom ajuta să salveze aparenţele, să

devină mai puțin defensivă și mai înclinată să asculte punctul nostru de vedere. În felul acesta, mesajul pe care îl vom transmite va avea un caracter mai realist, precum și un impact mai mare.

Modificarea stilului de comunicare

În modificarea stilului de comunicare, Burns (1989) pornește de la deviza: „cîștigă partida pierzînd" (p. 412).

Prima etapă constă în identificarea conflictului și apoi în revizuirea stilului de comunicare, ca în tabelul de mai jos (p. 413).

El spune de obicei (Notați ce spune de obicei partenerul dumneavoastră, afirmația care vă supără.)	*Eu îi spun de obicei* (Notați ce răspundeți de obicei și de ce afirmația este autodefensivă.)	*Versiunea revizuită* Înlocuiți replica dată cu una mai eficientă.
Maria: „Tu critici tot ce fac eu."	Soțul: „Maria, nu e adevărat! Vorbești prostii." (Replica este critică și lipsită de respect. Eu neg ceea ce spune ea și o contrazic în totalitate. Ea se simte înjosită, rănită și frustrată.)	Soțul: „Mă văd nevoit să-ți dau dreptate (tehnica dezarmării). Sînt supărat și rănit pentru că mă alungi din viața ta (afirmație de tipul: „eu simt!"). Te critic pentru a ajunge din nou la sufletul tău (dezarmare), daracest lucru înrăutățește și mai mult lucrurile

Burns (1989) subliniază necesitatea de a elabora noua replică utilizînd abilitățile de ascultare, precum și pe cele de autoexprimare. Este utilă și exprimarea propriilor sentimente, parafrazarea cuvintelor celuilalt și descoperirea unui dram de adevăr în spusele partenerului de dispută.

Cum abordăm persoanele dificile

1) Comunicarea cu subiecții pasiv-agresivi care, în loc să ne spună că sînt supărați, refuză să ne vorbească. De pildă, fiul lui Vasile, Teo, în vîrstă de 19 ani, nu s-a comportat cum trebuie. Atunci cînd Vasile a încercat să discute cu el, băiatul a ieşit din cameră trîntind uşa.

În cazul în care încercăm să determinăm o persoană pasiv-agresivă să vorbească, aceasta se va încăpățîna şi mai tare. În asemenea situații, Burns (1989, p. 421) recomandă următoarea tactică:

a) Treapta întîi: empatizarea.

În loc să insistăm ca persoana să vorbească, este mai bine s-o întrebăm pe un ton prietenos de ce refuză dialogul. Această metodă deschide de obicei canalul de comunicare.

Reluînd exemplul de mai sus, Vasile ar fi putut spune, înainte ca fiul său să trîntească uşa: „Este greu să porți o discuție atunci cînd eşti criticat. Asta simți, nu-i aşa?"

Dacă empatizarea se realizează corect, într-un mod care nu presupune judecarea celuilalt, există multe şanse ca interlocutorul să se calmeze şi să accepte comunicarea. Este utilă tehnica interogării pentru a obține, pe un ton calm, mai multe informații în legătură cu ceea ce simte celălalt. În cazul în care partenerul de dispută o să vă critice, ceea ce este foarte probabil, pentru că el se simte frustrat şi supărat, se recomandă utilizarea tehnicii dezarmării prin încercarea de a identifica un sîmbure de adevăr în critica ce ni se aduce.

Tehnicile de ascultare sînt, de asemenea, utile în abordarea subiecților pasiv-agresivi, pentru că acestora le lipsesc abilitățile asertive de autoexprimare. Ei sînt supărați şi nu ştiu cum să-şi exprime adevăratele lor sentimente. În cazul în care îi dezarmăm, empatizăm cu ei şi utilizăm metoda interogării, subiecților respectivi le va veni mult mai uşor să spună ce au în minte.

b) Etapa a doua: tehnica antiagresivitate pasivă.

Să presupunem că cel mai rău lucru se petrece totuşi, şi persoana în cauză refuză în continuare să vorbească. În acest caz, vom fi nevoiţi să acceptăm ideea că nu este o persoană potrivită pentru un dialog. Vom insista însă asupra faptului că o anumită comunicare este necesară şi vom sugera ca aceasta să aibă loc mai tîrziu, cînd partenerul de dispută se va afla într-o dispoziţie mai bună. Să reluăm dialogul dintre Vasile şi fiul său, Teo. În cazul în care Teo spune: „Ţi-am mai zis o dată că nu sînt dispus să discutăm despre asta. Lasă-mă în pace!", Vasile ar trebuie să răspundă astfel: „Văd că nu eşti în dispoziţia potrivită pentru a discuta acum despre asta şi nici nu trebuie. Îţi respect hotărîrea. Orice om simte nevoia să fie singur din cînd în cînd. Cu toate acestea, există un lucru despre care ar trebui să vorbim. Putem să amînăm discuţia peste o zi sau două, pînă în momentul în care vei fi într-o dispoziţie mai bună".

De regulă, persoana pasiv-agresivă va reacţiona la această manevră cu o nouă încercare disperată de a prelungi lipsa de comunicare. Astfel, Teo ar putea spune: „Nu vreau să discut cu tine nici acum, nici altă dată. Lasă-mă în pace, fir-ar să fie!".

În acest caz, manevra de contracarare va trebui reluată cu blîndeţe ca în exemplul de mai jos:

Vasile: „Ai dreptul să-fii singur, şi acum chiar ai nevoie de acest lucru. De aceea, n-o să insist pe moment. Dar mai tîrziu trebuie să stăm de vorbă. Chiar dacă nu doreşti să discuţi acum, poate vom găsi timpul potrivit mîine sau poimîine. Te voi întreba dacă eşti în dispoziţia necesară. Între timp, dacă simţi nevoia să vorbeşti, anunţă-mă."

Teo: „Niciodată nu voi avea dispoziţia necesară. Nici acum, nici altă dată!".

Vasile: „Ştiu exact ce simţi în clipa de faţă, dar acest lucru nu va dura mult timp. Voi aştepta o zi sau două. Atunci cînd

vei fi pregătit, vom discuta problema împreună. Există unele lucruri pe care trebuie să le punem la punct."

Strategia de contracarare a agresivității pasive îi va permite lui Vasile să nu se lase prins în capcana unei lupte de putere, lăsînd „mingea" în terenul fiului său. Acesta din urmă acționează copilărește și probabil este conștient de acest lucru. Tatăl său îi reamintește faptul că mai devreme sau mai tîrziu va trebui să se confrunte cu problema care a apărut. În această dispută, tatăl este cel care va cîștiga pentru că el nu încearcă să-și controleze fiul, ci îi conferă acestuia o libertate deplină. În același timp, și fiul va ieși cu „fața curată" din disputa respectivă.

Tatăl a răspuns cu un comportament de adult reacției infantile a fiului său, refuzînd provocarea de a se simți frustrat, de a acționa agresiv și de a se angaja într-o luptă neproductivă de tipul „care pe care".

Cum trebuie și cum nu trebuie să procedăm cu subiecții pasiv-agresivi care refuză dialogul

(Burns, 1989, p. 423)

1. Nu insistați ca persoana să vorbească în acel moment. Ea are dreptul de a fi singură și acest drept trebuie respectat. Veți pierde dacă veți încerca s-o controlați.
2. Nu deveniți, la rîndul dumneavoastră, pasiv-agresivi, după modelul: „ei bine, nici eu nu mai vorbesc cu tine!" În acest caz, veți pune în acțiune un comportament de respingere.
3. Nu vă blamați și nu judecați propriile reacții prin prisma comportamentului infantil al celuilalt. Dacă interlocutorul refuză să vorbească, asta este problema lui, nu a dumneavoastră.

4. Abțineți-vă să-l judecați pe celălalt; deși el se comportă într-un mod ostil și imatur, urmăriți-vă propriile obiective – realizarea empatizării și amînarea discuției.
5. Nu vă lăsați cuprinși de frustrare insistînd ca persoana să vorbească în momentul respectiv; dacă procedați astfel, nu veți face altceva decît să-i dați satisfacție, pentru că aceasta dorește să vă enerveze și să sublinieze starea dumneavoastră de moment. Păstrați-vă calmul și nu vă lăsați prinși în capcană.
6. Empatizați cu motivele care îl determină pe subiect să nu dorească să vorbească în clipa respectivă. Acesta poate considera că sînteți prea critic, că îl judecați prea aspru sau că nu sînteți un ascultător empatic. De asemenea, e posibil ca interlocutorul să se simtă rușinat sau jenat de ceea ce a făcut sau să considere că este nepotrivit să-și manifeste supărarea și ostilitatea. Interogați-l pe un ton blînd și necritic cu privire la motivele sale. De cele mai multe ori, acest lucru va facilita comunicarea.
7. Amînați discuția dacă interlocutorul refuză în continuare să vorbească. Accentuați importanța acestei decizii și dați-i posibilitatea să se retragă în mod elegant. Dacă interlocutorul persistă în refuzul său, amînați din nou discuția.

2) Comunicarea cu subiecții agresivi (ostili)

În loc să refuze comunicarea, interlocutorul nostru poate deveni agresiv, răspunzînd sarcastic sau pe un ton ridicat.

Într-o asemenea situație, majoritatea subiecților adoptă o atitudine defensivă, se retrag sau se simt loviți și se autoblamează. Ambele tipuri de reacții sînt nepotrivite și reprezintă expresia unei comunicări ineficiente.

Atitudinea adecvată, în situația respectivă, constă în a asculta și a discerne ce anume este real în spusele celuilalt, precum

şi în identificarea sentimentelor acestuia din urmă. De asemenea, este necesar să exprimăm ceea ce simţim în legătură cu modul în care sîntem trataţi. Această tehnică poartă denumirea de „modificarea focalizării" (Burns, 1989, p. 424) pentru că prin intermediul ei atragem atenţia asupra modului ostil în care sînt exprimate sentimentele celuilalt.

Modificarea focalizării reprezintă o abilitate de ascultare care constă în recunoaşterea supărării celuilalt şi în descrierea modului ostil în care aceasta este exprimată. În acelaşi timp, modificarea focalizării constituie şi o deprindere de autoexprimare, pentru că subiectul îi dă de înţeles interlocutorului că îl deranjează modul în care este tratat. Această tehnică poate aplana conflictul creînd o atmosferă de încredere între parteneri. De pildă, dacă cineva ne agresează verbal, îi putem replica pe un ton apăsat: „mă simt rănit de vorbele tale" (afirmaţie de tipul „eu simt" şi modificarea focalizării). În momentul în care atragem atenţia celuilalt asupra stării noastre de spirit, nu trebuie să devenim ostili, atacînd interlocutorul, ci e de-ajuns să-i comunicăm ceea ce simţim. Este utilă şi folosirea tehnicii interogării, pentru a afla mai multe în legătură cu simţămintele celuilalt. Astfel, dacă un membru al familiei vă etichetează ca „idiot", răspunsul adecvat ar fi: „Se pare că te-am supărat foarte tare (empatizare). Aş dori să-mi spui ce am făcut ca să te enervez atît de mult (interogare). Presupun că ai toate motivele să fii supărat pe mine (dezarmare)."

Prezentare de caz

(Burns, 1989, p. 425)

Debbie a suferit foarte tare atunci cînd a aflat că soţul ei, Tom, angajat la o bancă, trăia de mai mult timp cu o colegă de serviciu. După cîteva luni de scandal, cei doi au divorţat, fiul în vîrstă de 12 ani rămînînd cu mama.

Debbie s-a simţit şi mai nedreptăţită cînd a auzit că noua soţie a lui Tom este însărcinată.

Într-o seară, Tom a telefonat şi i-a comunicat fiului său, Bob, că va avea un frate. Bob s-a enervat şi i-a reproşat tatălui că este mult mai interesat de noul copil decît de el şi mama sa, apoi i-a trîntit telefonul.

Tom a telefonat din nou, şi de data aceasta a răspuns Debbie, care i-a explicat că Bob este în camera lui şi plînge, refuzînd să vină la telefon. Cuprins de furie, Tom a acuzat-o pe Debbie că nu educă bine copilul şi a ameninţat-o că o va da în judecată pentru a obţine custodia fiului său.

Cum ar fi trebuit să reacţioneze Debbie pentru a comunica eficient?

În primul rînd, ar fi fost necesar să empatizeze cu supărarea lui Tom. Apoi, ar fi trebuit să-l calmeze utilizînd abilităţile de ascultare şi încercînd să se plaseze în locul acestuia.

Iată cum s-ar fi cuvenit să riposteze:

„Tom, ştiu cît de mult ţii la Bob şi cît de tare te supără refuzul lui de a veni la telefon (empatizare). Amîndoi ar trebui să discutaţi deschis şi eu sînt gata să te sprijin în acest sens (dezarmare). Sînt sigură că Bob se simte tot atît de şocat de apariţia noului copil ca şi mine (afirmaţie de tip „eu simt..."). După ce se va calma, îl voi convinge să te sune ca să ajungeţi la o înţelegere."

În felul acesta, Debbie va încerca să găsească o soluţie împreună cu fostul soţ fără să folosească copilul ca pion în lupta dintre ei.

3) Comunicarea cu o persoană încăpăţînată şi certăreaţă

Majoritatea pacienţilor se plîng de faptul că partenerul (partenera) lor doreşte să aibă totdeauna dreptate şi nu ascultă niciodată ceea ce i se spune.

Cea mai mare greşeală pe care o putem face într-un astfel de caz este să încercăm să-l convingem pe celălalt că trebuie să ne asculte. O asemenea abordare nu dă niciodată rezultate.

Dacă dorim să obţinem înţelegerea cuiva, este necesar ca, în prealabil, să-i acordăm înţelegerea noastră.

În primul rînd este necesar să ne întrebăm de ce partenerul nostru este atît de încăpăţînat şi certăreţ. Poate că o parte a problemei constă în aceea că noi nu-i ascultăm.

Se pare că fiecare persoană încăpăţînată şi cicălitoare are un partener tot atît de încăpăţînat, care este defensiv şi refuză să-l asculte. Pentru soluţionarea problemei este necesar să utilizăm cele trei abilităţi de ascultare: tehnica dezarmării, empatizarea şi interogarea.

Tehnica dezarmării este cea mai puternică tehnică de aplanare a conflictelor, pentru că, aşa cum am mai subliniat, dacă descoperim un adevăr în opinia celuilalt, acesta se va calma şi va deveni mai receptiv la propriul nostru punct de vedere.

Pentru a realiza acest lucru, trebuie să renunţăm la ideea că numai noi avem dreptate, iar ceea ce afirmă celălalt este complet fals, deoarece există totdeauna ceva adevărat în spusele celeilalte persoane, un adevăr pe care noi îl respingem cu aceeaşi obstinaţie, fapt ce îl înfurie pe partenerul nostru.

Mariana şi Radu au solicitat psihoterapia pentru o tulburare depresivă, asociată cu probleme de cuplu. Ambii erau de acord cu faptul că relaţia lor era rece şi nesatisfăcătoare de mult timp.

Mariana a descoperit o legătură extraconjugală a lui Radu în urmă cu douăzeci de ani şi de atunci nu l-a mai putut ierta. Ea îl considera un mincinos şi un egoist pe soţul său şi nu mai era dispusă să se deschidă afectiv şi să devină vulnerabilă, riscînd să fie din nou rănită. Mai mult, cei doi nu mai întreţinuseră relaţii sexuale încă din acel moment.

Preţul pe care îl plătea Mariana pentru că nu se mai apropia de Radu şi refuza să mai aibă încredere în el era depresia cronică, iritabilitatea şi un pronunţat sentiment de neîmplinire.

În timpul şedinţelor de psihoterapie, Mariana afirma adesea: „Nu pot avea încredere în tine pentru că tu nu spui adevărul. M-ai trădat, arătîndu-ţi adevărata faţă atunci cînd te-ai încurcat cu femeia aceea."

Radu se apăra afirmînd că nu acesta era adevărul şi că ea se purta nedrept. El încerca să-i explice soţiei că a învăţat din greşeala săvîrşită, că nu va mai întreţine niciodată relaţii extraconjugale şi că i-a fost credincios din acel moment.

În replică, Mariana repeta faptul că el este structural necinstit şi că nu se poate avea încredere în el. Conflictul continua la nesfîrşit în această formă.

Iată ce ar fi trebuit să spună Radu pentru a sparge cercul vicios:

„Ştiu că ai dreptate (dezarmare). Am avut într-adevăr o legătură extraconjugală şi te-am trădat (dezarmare). Te-am rănit îngrozitor (empatizare)."

În mod paradoxal, în momentul în care el îşi recunoaşte vina, Mariana întrevede posibilitatea de a-l ierta.

Cei doi vor progresa şi mai rapid dacă soţul îşi va exprima sentimentele („mă simt pedepsit şi respins") în loc să invoce argumente în sprijinul nevinovăţiei sale.

În momentul în care Radu a conştientizat sentimentele soţiei şi le-a exteriorizat pe ale sale, Mariana a început să plîngă şi a admis faptul că de ani de zile s-a simţit singură şi că dorea să se apropie din nou de soţul ei. De asemenea, ea a recunoscut că îl pedepsea pe Radu de frică să nu fie trădată din nou. Mai mult, ea i-a cerut acestuia să mai aibă răbdare pentru că iertarea şi redobîndirea încrederii reprezintă un proces de durată.

4) Comunicarea cu o persoană hipercritică

Majoritatea oamenilor au mari probleme atunci cînd sînt criticaţi, pentru că se simt răniţi şi au tendinţa de a deveni defensivi. Acest lucru se întîmplă din cauza tendinţei noastre de a ne baza prea mult autostima pe opinia celorlalţi despre noi.

Comunicarea eficientă atunci cînd cineva ne adresează critici presupune, pe de o parte, utilizarea abilităților de comunicare, iar pe de altă parte, producerea unor modificări în cadrul sistemului nostru de atitudini și valori.

În momentul în care cineva vă critică, trebuie să procedați în felul următor:

Dezarmați persoana care vă critică, găsind ceva adevărat în obiecțiile ei, în loc să deveniți defensivi. În clipa următoare, persoana respectivă va avea tendința să se calmeze.

Utilizați tehnica empatizării, precum și pe cea a interogării. Încurajați-l pe celălalt să-și exprime opiniile critice și să-și dezvăluie toate sentimentele negative.

Manifestați-vă propriile sentimente prin intermediul unor afirmații de tipul „eu simt că..." în loc să-l contraziceți pe cel care vă critică.

Persoana criticată se simte umilită, frustrată și are tendința de a deveni defensivă. Mai mult, ea nu recunoaște acest lucru, și defensivitatea se accentuează. În loc să procedăm astfel, este indicat să admitem în mod deschis modul în care ne simțim:

„Mă simt rănit de spusele tale și înclin să mă apăr."

Unul dintre pacienții noștri, Virgil, era foarte iritabil și se comporta agresiv mai ales cînd conducea mașina. La un moment dat, el a făcut o manevră nepermisă și a intrat brusc în fața altui șofer, care a început să-l insulte.

Deoarece Virgil învățase să utilizeze tehnicile comunicării eficiente, el a optat pentru aceea a dezarmării:

„Ai dreptate (dezarmare). A fost greșeala mea. Nu ar fi trebuit să intru în fața ta (dezarmare)."

Surprins de replică, șoferul furios s-a calmat imediat.

5) Comunicarea cu persoanele cu cerințe nerezonabile

Unul dintre motivele pentru care ne simțim epuizați și culpabili este acela că nu putem refuza solicitările celorlalți. Problema reală n-o constituie solicitarea pe care ne-o adre-

sează persoanele din jurul nostru, ci faptul că noi nu ştim cum să le refuzăm.

Una dintre metodele cele mai eficiente este aceea a amînării (Burns, 1989, p.434). În conformitate cu aceasta, urmează să-i spunem persoanei respective că îi vom comunica ce anume am decis. În timpul pe care l-am cîştigat ne gîndim dacă dorim să răspundem sau nu solicitării respective. Dacă considerăm că sîntem depăşiţi sau că solicitarea nu este rezonabilă, trebuie să învăţăm să spunem „nu".

Iată cum refuză Burns (1989) solicitarea de a ţine lecţii la o altă universitate atunci cînd timpul nu-i permite:

„Mă simt flatat că v-aţi gîndit la mine pentru a ţine cursurile respective. Lăsaţi-mă să-mi verific programul şi să văd dacă va fi posibil să răspund la solicitarea dumneavoastră. O să vă anunţ telefonic într-o zi sau două."

În cazul în care terapeutul constată că este prea ocupat, refuzul va suna astfel:

„Apreciez foarte mult faptul că m-aţi solicitat dar, din păcate, programul meu este foarte încărcat. Vă rog să mă aveţi în vedere şi pe viitor."

6) Comunicarea cu o persoană care se plînge permanent

Există persoane care se lamentează tot timpul, indiferent ce am face pentru ele. În momentul în care încercăm să le dăm un sfat bun, acestea vor replica imediat că nu-l pot urma şi vor continua să se plîngă, frustrîndu-ne pentru că nu ştim ce să mai facem.

În realitate, aceşti subiecţi nici nu doresc vreun sfat, ci vor doar să fie ascultaţi. În astfel de situaţii, trebuie utilizată tehnica „dezarmării", prin intermediul căreia vom încerca să-i aprobăm în loc să-i „ajutăm", şi imediat aceştia se vor linişti şi se vor simţi mai bine.

Să presupunem că un părinte în vîrstă afirmă pe un ton plîngăreţ:

„Nimeni nu-şi mai petrece timpul cu mine".

În acest caz, răspunsul potrivit ar fi:

„Cei apropiați nu-și mai petrec mult timp cu tine și probabil că te simți neglijat (empatizare). Nu-i așa (tehnica interogării)?"

Metoda de abordare constă în acceptarea plîngerilor subiecților în loc să-i contrazicem sau să le dăm sfaturi.

Persoanei în cauză ar trebui să-i răspundem astfel:

„Ai dreptate (dezarmare). Muncești foarte mult și nu obții recunoașterea necesară (dezarmare). Toată lumea consideră că acest lucru este normal (dezarmare). Ți se face o nedreptate (dezarmare)."

7) Cum să acordăm ajutor unei persoane necăjite la care ținem

Înainte de a ne oferi să ajutăm o persoană cu probleme trebuie să ne adresăm următoarele întrebări:

1. Persoana respectivă ne solicită cu adevărat sprijinul?
2. Este indicat să-i oferim ajutorul?
3. Solicitarea are în vedere rezolvarea unor probleme sau ni se cere doar să fim buni ascultători și să oferim un suport emoțional?

Răspunsul la prima întrebare ne poate determina să conștientizăm faptul că uneori încercăm să ajutăm persoane care nu ne cer acest lucru, datorită unei tendințe compulsive de a acorda sprijin. Cu alte cuvinte, noi simțim că este de datoria noastră să acordăm sprijin prietenilor și membrilor familiei, chiar și atunci cînd nu sîntem solicitați. Această atitudine ne face să apărem în ochii celorlalți ca persoane abuzive ce manifestă tendința de a le controla viețile.

Prezentare de caz

(Burns, 1989, p. 437)

Mildred era foarte supărată pentru că fiul ei Jack, în vîrstă de 28 de ani, și-a abandonat soția și cele două fetițe pentru a

trăi cu o fată de 18 ani, dansatoare la bar, care, pe deasupra, mai şi fuma marijuana. Mildred a refuzat s-o primească în casă pe prietena fiului său, căruia îi spunea în mod repetat că îşi distruge cariera, copiii şi că îşi îmbolnăveşte mama. Ea considera că este de datoria ei să-l ajute pe fiu să se schimbe.

Comportamentul ei n-a făcut decît să-l îndepărteze şi mai mult pe Jack de ea, pentru că vorbele mamei sale îl făceau să se simtă criticat şi culpabilizat.

Deşi Mildred insista că îl iubeşte şi că îi vrea binele, mesajul nescris pe care îl primea fiul era:

„Te voi pedepsi pînă cînd vei face ceea ce doresc eu. Sînt hotărîtă să-ţi controlez viaţa. Nu te voi accepta pînă cînd n-o să te porţi aşa cum trebuie."

Mildred ar fi avut mult mai mult succes dacă ar fi utilizat afirmaţii menite să-i reflecte sentimentele, în loc să încerce să-şi „ajute" fiul:

„Mă simt foarte tristă pentru că ţi-ai părăsit soţia şi fetiţele pentru a trăi cu fata aceea. Sînt teribil de dezamăgită, ruşinată şi rănită."

Mai mult, grija ei faţă de Jack s-ar fi manifestat mai eficient dacă mama i-ar fi adresat unele întrebări în legătură cu sentimentele sale, fără să-l critice („De ce şi-a abandonat soţia? Ce probleme au avut cei doi?" etc.).

În felul acesta, o bună comunicare şi nu ajutorul cu orice preţ ar reprezenta strategia optimă de rezolvare a problemei.

Un alt motiv care ne determină să sărim în ajutorul celorlalţi îl constituie faptul că adesea noi legăm autostima de fericirea celorlalţi, devenind deprimaţi atunci cînd cei apropiaţi au dificultăţi pe care le considerăm un eşec personal.

Cea de-a doua întrebare pe care trebuie să ne-o adresăm este legată de oportunitatea ajutorului nostru; oare e bine că ajutăm pe cineva sau este indicat ca respectiva persoană să-şi rezolve singură problemele.

Alexandru a abandonat facultatea şi l-a convins pe tatăl său să-i dea 1000 de dolari pentru a începe o afacere. Tatălui nu i-a convenit, dar a cedat deoarece şi-a spus că un bun tată trebuie să-şi ajute fiul. Cum era de aşteptat, Alexandru a pierdut banii. La scurt timp după aceea, Alexandru a mai solicitat o sumă de bani pe care tatăl a trebuit s-o scoată de la bancă. Şi de data aceasta, fiul a irosit banii.

Este evident că în această situaţie ar fi fost mult mai indicat ca fiul să se descurce singur. Mesajul implicit pe care l-a transmis tatăl prin intermediul comportamentului său a fost: „Ai nevoie de mine pentru că nu te poţi descurca singur".

Dacă o persoană se poate descurca singură, efectul ajutorului oferit va fi negativ, pentru că îi vom distruge motivaţia de a sta pe propriile picioare.

Răspunsul la cea de-a treia întrebare implică luarea unei decizii în legătură cu modul în care vom oferi ajutorul: ne vom limita să ascultăm cu atenţie şi înţelegere sau vom încerca să rezolvăm problema, făcîndu-i individului un serviciu sau oferindu-i un sfat înţelept.

În cazul în care sîntem pe „aceeaşi lungime de undă" cu celălalt, vom intui exact cum trebuie să procedăm.

Neînţelegeri apar însă atunci cînd noi dorim să rezolvăm problema, în timp ce persoana care solicită ajutorul vrea doar să fie ascultată şi înţeleasă. Într-o astfel de situaţie, sfatul nostru poate suna ca un mesaj lipsit de sensibilitate şi intruziv.

8) Cum să transformăm o conversaţie plictisitoare într-una interesantă

În cazul în care intrăm în contact cu o persoană care ne plictiseşte, prima întrebare pe care trebuie să ne-o punem este dacă dorim cu adevărat să interacţionăm cu respectiva persoană, pentru că oricînd ne putem scuza, adresîndu-ne altui interlocutor care ne atrage mai mult.

Dacă am decis să continuăm discuţia, ar trebui să afirmăm pe un ton prietenos şi plin de tact că sîntem plictisiţi şi să-l

întrebăm pe partenerul de dialog dacă nu simte acelaşi lucru. Astfel, dacă purtăm o discuţie banală în timpul unei petreceri, putem să adresăm interlocutorului următoarele cuvinte:

„Aţi remarcat ce uşor ne lăsăm atraşi în discuţii banale, plictisitoare la petreceri ca aceasta?"

Interlocutorul va răspunde, de regulă, afirmativ şi atunci vom putea continua:

„Aşa mă simt şi eu acum (afirmaţia de tip „eu sînt..."). Nu simţiţi şi dumneavoastră acelaşi lucru? (tehnica interogării). Noi nu discutăm practic despre nimic şi nu ştiu de ce se întîmplă una ca aceasta. Pariez că sînteţi o persoană foarte interesantă şi mi-ar face mare plăcere să vă cunosc mai bine (metoda întăririi)."

Burns (1989, p. 441) subliniază faptul că nu există persoane plictisitoare, ci doar conversaţii plictisitoare, iar ceea ce face ca o conversaţie să fie astfel este lipsa de asertivitate a persoanelor în cauză, carenţă ce poate fi remediată prin intermediul unor tehnici psihoterapeutice.

Motivele care îi împiedică pe oameni să comunice în mod adecvat unii cu alţii

10 atitudini care ne împiedică să ne exprimăm sentimentele

(Burns,1989, p. 443)

1. Fobia de conflicte

Subiectul se teme de conflicte sau de sentimentele de ostilitate exprimate de alte persoane. El crede că oamenii care au relaţii bune unii cu ceilalţi nu se ceartă niciodată. De asemenea, trăieşte cu impresia că persoanele apropiate se vor simţi lezate şi nu vor putea suporta să audă ceea ce simţim sau gîndim.

Burns (1989) denumeşte acest fenomen „politica struţului", pentru că persoana îşi ascunde capul în nisip în loc să rezolve în mod deschis problemele care apar în relaţiile cu ceilalţi.

2. Perfecţionismul emoţional

Persoana consideră că nu trebuie să trăiască emoţii negative ca mînia, gelozia, depresia sau anxietatea. Ea îşi impune să fie totdeauna raţională şi cu un control perfect asupra emoţiilor sale, temîndu-se ca nu cumva să fie percepută ca slabă şi vulnerabilă.

Subiectul este convins de faptul că oamenii îl vor privi de sus dacă vor afla ce simte cu adevărat.

3. Teama de dezaprobare şi respingere

Individul este atît de îngrozit la gîndul că va fi respins şi că va sfîrşi în singurătate încît îşi inhibă total sentimentele, acceptînd chiar ca ceilalţi să abuzeze de el, în loc să-şi manifeste ostilitatea riscînd ca cineva să se supere pe el. El simte nevoia exagerată de a face pe plac celorlalţi şi de a veni în întîmpinarea dorinţelor acestora. Subiectul se teme că oamenii nu îl vor agrea dacă îşi va exprima propriile idei şi sentimente.

4. Agresivitatea pasivă

Subiectul îşi reprimă sentimentele de frustrare şi ostilitate în loc să le exprime în mod deschis. În relaţiile cu ceilalţi se refugiază în tăcere, încercînd să-i facă să se simtă vinovaţi, în loc să-şi împărtăşească sentimentele.

5. Lipsa de speranţă

Persoana este convinsă de faptul că relaţiile sale interpersonale nu se pot îmbunătăţi, indiferent ce ar face, aşa că renunţă să mai facă vreo tentativă. De asemenea, subiectul crede că a încercat totul şi că nimic nu a dat rezultate sau că partenerul

său este prea încăpățînat şi prea insensibil pentru a se putea schimba. Aceste convingeri acționează ca o profeție autoîmplinită. De îndată ce subiectul renunță, lucrurile rămîn neschimbate şi acesta ajunge la concluzia că situația este într-adevăr lipsită de speranță.

6. Nivelul scăzut al autostimei

Subiectul consideră că nu are dreptul să-şi exprime sentimentele sau să le ceară celorlalți anumite lucruri. El îşi închipuie că trebuie totdeauna să-i mulțumească pe ceilalți şi să vină în întîmpinarea dorințelor lor.

7. Spontaneitatea

Persoana consideră că are dreptul să spună tot ce gîndeşte sau ce simte atunci cînd este supărată. Ea e de părere că orice modificare în stilul său de comunicare este ridicolă şi pare falsă.

8. „Citirea gîndurilor"

Subiectul crede că ceilalți trebuie să ştie ce simte şi ce doreşte el, fără a fi necesar să-şi exprime în mod deschis sentimentele şi dorințele. Această atitudine îi oferă o scuză pentru faptul că îşi ascunde sentimentele şi nutreşte resentimente întrucît celorlalți pare să nu le pese de ceea ce simte el.

9. Tendința spre martirizare

Individul se teme să recunoască faptul că este supărat deoarece nu vrea să dea nimănui satisfacția de a afla că l-a rănit. El e foarte mîndru de capacitatea sa de a-şi controla sentimentele şi de a suferi în tăcere.

10. Nevoia de a rezolva problemele

Atunci cînd avem un conflict cu cineva, facem tot felul de încercări de a rezolva problema, în loc să ne împărtăşim în mod deschis sentimentele şi să ascultăm ceea ce simte cealaltă persoană.

Atitudini care ne împiedică să-i ascultăm pe ceilalți

(Burns, 1989, pp. 444-445)

1. Convingerea că dreptatea este de partea noastră

Subiectul își închipuie că numai el are dreptate și că cealaltă persoană se înșală. El este preocupat să dovedească justețea propriului punct de vedere în loc să-și exprime propriile sentimente de ostilitate în mod deschis și să încerce să înțeleagă ce simte sau gîndește interlocutorul său.

2. Blamarea

Individul este convins că problema a fost generată de greșeala celeilalte persoane. Aceasta îl face să se simtă total nevinovat și îi conferă dreptul de a-l blama pe celălalt.

3. Nevoia de victimizare

Individul își „plînge de milă" și consideră că ceilalți îl tratează în mod nedrept datorită egoismului și lipsei lor de sensibilitate. Încăpățînarea de a nu întreprinde nimic pentru a ameliora situația lasă celorlalți impresia că subiectul în cauză se complace în postura de martir.

4. Scoaterea din cauză

Persoana nu-și poate imagina că a contribuit în vreun fel la crearea problemei survenite, pentru că nu sesizează impactul comportamentului său asupra celorlalți. De pildă, soția se plînge de faptul că soțul este dogmatic, încăpățînat și nu ascultă ceea ce-i spune ea, fără să-și dea seama că ea însăși îl contrazice ori de cîte ori încearcă să emită vreo părere.

5. Defensivitatea

Subiectului îi este atît de teamă de critică încît nu suportă să audă nimic negativ sau dezagreabil. În loc să asculte și să

identifice ceea ce este adevărat în spusele celuilalt, el invocă argumente pentru a se apăra.

6. Hipersensibilitatea la constrîngere

Persoana se teme să cedeze sau să fie condusă. Întrucît ceilalți oameni îi par excesiv de dominatori, consideră că trebuie să reziste cu orice preț tendințelor acestora de a o influența în vreun fel.

7. Solicitări exagerate față de ceilalți

Persoana se crede îndreptățită să beneficieze de un tratament special din partea celorlalți și se simte frustrată atunci cînd nu este tratată așa cum s-a așteptat. În loc să încerce să înțeleagă ce-i determină pe cei din jur să procedeze astfel, subiectul consideră că aceștia nu sînt rezonabili și că nu au dreptul să se poarte ca atare.

8. Egoismul

Subiectul dorește un anumit lucru, într-un moment anume, și face crize de nervi dacă nu-l obține. El nu este interesat de ceea ce cred sau simt alții.

9. Neîncrederea

Individul se înconjoară de un zid, de teamă că, dacă va asculta și va căuta să înțeleagă ce simt și gîndesc ceilalți, aceștia vor profita de el.

10. Nevoia compulsivă de a oferi ajutor

Subiectul simte nevoia să-i ajute pe ceilalți, deși aceștia nu doresc decît să fie ascultați. Atunci cînd prietenii sau membrii familiei se plîng că se simt rău, subiectul le dă tot soiul de indicații în legătură cu ce trebuie să facă. În loc să aprecieze acest lucru, cei care au primit sfaturile se simt agasați și continuă să se plîngă, ambele părți implicate simțindu-se frustrate.

Modul în care convingerea că avem dreptate ne împiedică să comunicăm eficient

Convingerea că ne aflăm în posesia adevărului reprezintă poate cea mai puternică barieră în calea comunicării. Astfel, în timpul unei dispute cu soțul (soția) sau cu un prieten, subiectul poate nutri o convingere atît de fermă în legătură cu justețea punctului său de vedere încît nu mai este interesat de opinia celuilalt. În loc să încerce să afle ce gîndește și ce simte partenerul de discuție, subiectul în cauză caută să-i impună punctul său de vedere, ceea ce nu dă niciodată rezultate pozitive. Astfel, cu cît încercăm să convingem pe cineva să fie de acord cu noi, cu atît respectiva persoană se va încăpățîna mai tare în menținerea propriei păreri. Acest lucru se întîmplă pentru că nu ascultăm cu adevărat ceea ce spune interlocutorul, fapt ce îl determină să se simtă ignorat și să argumenteze mai mult și mai tare pentru a se face auzit.

Majoritatea oamenilor nici nu sînt conștienți de această situație. De pildă, soțul Elvirei i-a spus la un moment dat:

„Elvira, tu faci totdeauna ceea ce vrei fără să ții seama de dorințele mele. Tu îți pui cariera și dorințele tale înaintea mea!"

Soția a replicat: „Nu este adevărat. Tu, Mircea, ești pe locul întîi, dar uneori studiile mele devin mai importante pentru că am de dat un examen greu."

Se observă lesne că în momentul în care încearcă să-l contrazică, Elvira nu face decît să dovedească faptul că Mircea are dreptate. Soția nu încearcă să-i înțeleagă punctul de vedere, ea fiind centrată exclusiv asupra propriilor dorințe și asupra propriului mod de a vedea situația.

Iată cum ar fi trebuit să răspundă ea pentru ca între cei doi să se stabilească o comunicare eficientă:

„Mă simt rănită de vorbele tale (afirmație de tipul „eu simt..."), dar cred că există un dram de adevăr în ceea ce spui (dezarmare). Ție ți se pare că eu am pus cariera pe primul

plan şi te simţi cumva respins (empatizare). Asta este senzaţia ta? (interogare). Dacă aşa stau lucrurile, îmi dau seama de ce eşti supărat pe mine (empatizare)."

Atunci cînd renunţăm la ideea că deţinem adevărul absolut şi încercăm să înţelegem punctul de vedere al celuilalt, vom constata că oamenii devin mult mai dispuşi să ne asculte şi să ne înţeleagă. Am putea să ne punem întrebarea „Ce se întîmplă dacă totuşi avem dreptate?"

Burns (1989) ne sfătuieşte să nu încercăm să ne susţinem „adevărul" cel puţin din două motive.

În primul rînd, atunci cînd o persoană are o dispută cu cineva, ambii parteneri sînt supăraţi şi orice încercare de a dovedi că unul din ei are dreptate şi că interlocutorul se înşală nu va face decît să înrăutăţească situaţia.

A doua problemă constă în aceea că sentimentele celeilalte persoane sînt tot atît de adevărate pentru ea pe cît sînt şi ale noastre pentru noi. A apăra „adevărul" este un demers fără finalitate, pentru că nu există nici un fel de adevăr în relaţiile interpersonale.

Partenerii de dispută nutresc sentimente care trebuie înţelese şi acceptate, iar sentimentele nu sînt nici adevărate, nici false.

Tendinţa de a-i blama pe ceilalţi – obstacol în calea comunicării eficiente

O altă tendinţă care impietează asupra bunei comunicări se concretizează în încercarea de a-i face pe ceilalţi răspunzători de crearea problemei, negînd propria contribuţie la aceasta. În timpul disputei, subiectul nu vede decît ceea ce îi face interlocutorul, pe care îl consideră ostil, egocentric, defensiv sau rigid.

Cecitatea privind impactul acţiunilor noastre asupra celorlalţi poate fi foarte mare.

O femeie depresivă, Mirela, se plîngea mereu de incapacitatea soțului ei, Costel, de a-și exprima sentimentele. Aceasta i-a spus psihoterapeutului că s-a căsătorit cu o persoană rece ca un șarpe și că soțul ei era la fel ca mulți alți bărbați cărora nu le păsa de intimitate, de împărtășirea unor sentimente. Pentru a înțelege cum stau lucrurile, terapeutul a solicitat să vină și soțul împreună cu Mirela la ședințe, explicîndu-i acesteia că psihoterapia l-ar putea ajuta pe Costel să învețe să-și exprime mai bine sentimentele. În timpul ședinței comune cu cei doi soți, terapeutul a făcut o trecere în revistă a sentimentelor de singurătate pe care le încerca Mirela și l-a întrebat pe Costel dacă nu ar vrea să încerce să se deschidă și să împărtășească unele simțăminte cu soția sa. Costel a obiectat că pierde mult timp la serviciu, căutînd s-o evite pe Mirela. El a afirmat în continuare că nu are nici un motiv să nu-și împărtășească sentimentele, dar că nu este deloc sigur că Mirela chiar dorește ca el să comunice cu ea într-un mod mai deschis.

Mirela s-a enervat și a declarat că soțul ei nu spunea adevărul. Terapeutul s-a mirat și a întrebat-o din nou pe Mirela dacă dorește ca soțul să fie mai deschis cu ea. Aceasta a confirmat și terapeutul l-a invitat pe Costel să vorbească.

Acesta a spus că și el, la rîndul său, se simte singur și rănit, pentru că ea e hipercritică și îl umilește de fiecare dată. Ori de cîte ori el încearcă să-și exprime sentimentele sau opiniile, ea se repede la el și-l pune la punct, ceea ce-l face să se simtă tot atît de supărat și de respins ca și soția sa. În timp ce Costel vorbea, Mirela a devenit agitată și i-a atras atenția că nu are dreptul să spună astfel de lucruri, că afirmațiile sale erau neadevărate și nedrepte.

În final, Mirela a început să plîngă în hohote și a ieșit din cabinetul terapeutului trîntind ușa.

Comportamentul pacientei a demonstrat cît se poate de clar că aceasta era atît de vulnerabilă încît nu avea tăria să asculte ceea ce îi spunea soțul. Atunci cînd acesta a încercat

să-i vorbească deschis, ea l-a pedepsit imediat lăsîndu-se pradă unor sentimente de furie, depresie şi respingere, fără să fie conştientă de situaţia în care îl punea pe Costel.

Mirela nu îşi dădea seama de faptul că ea era în bună măsură responsabilă pentru lipsa de comunicare din cadrul cuplului.

Neîncrederea şi modul în care aceasta blochează comunicarea eficientă

O pacientă pe nume Laura a afirmat că soţul ei Dorin este lipsit de sensibilitate şi că nu o satisface în timpul actului sexual. Mai mult, ea susţinea că nu a avut niciodată orgasm în 20 de ani de căsătorie.

Terapeutul a cerut mai multe detalii în legătură cu relaţiile intime ale celor doi şi a aflat că soţul obişnuia s-o strîngă de sîni în timpul actului sexual, ceea ce îi provoca o senzaţie de disconfort. Terapeutul a întrebat-o pe pacientă dacă nu a discutat acest aspect cu soţul său. Laura a părut şocată şi a spus că după douăzeci de ani soţul ar fi trebuit să ştie atîta lucru şi a continuat să pozeze în victimă.

Terapeutul l-a invitat şi pe soţ la şedinţele de psihoterapie. Jenată, Laura a acceptat, dar a afirmat că situaţia este lipsită de speranţă.

După cîteva şedinţe comune, Dorin a recunoscut că, într-adevăr, ceva nu mergea în căsnicia lor. De ani de zile el se simţea deprimat din cauza insatisfacţiei sexuale a soţiei, considerînd că vina îi aparţine exclusiv lui. Soţul a recunoscut chiar că făcea mult sport pentru a fi în formă fizică bună, în speranţa că Laura va aprecia acest lucru, dar fără nici un rezultat.

Cînd au ajuns în acel moment, terapeutul i-a cerut Laurei să-i spună deschis soţului ce îi place şi ce nu îi place în timpul actului sexual.

După un lung moment de tăcere, Laura s-a întors către terapeut şi a spus: „Doctore, sînteţi exact ca şi soţul meu, nu înţelegeţi nimic. N-o să mai particip la conversaţii lipsite de sens!", apoi a părăsit supărată cabinetul.

Se pune problema de ce a plecat pacienta în loc să discute despre problema care o frămînta. Unul din motive ţine de sentimentele ei de teamă şi de neîncredere. Probabil că ea nu s-a simţit niciodată iubită sau demnă de dragoste şi nu a învăţat că poţi fi deschis cu persoanele la care ţii. Pacienta n-a înţeles faptul că discutarea unor probleme poate fi penibilă la început, dar recompensa primită după rezolvarea acestora merită efortul. Ea s-a comportat ca o persoană cu fobie de a discuta direct despre o situaţie conflictuală, temîndu-se că dacă îşi va deschide sufletul, se va întîmpla ceva îngrozitor.

Ieşirea Laurei din cameră s-ar putea să se fi datorat şi faptului că ea era extrem de frustrată de faptul că Dorin nu o iubea aşa cum şi-ar fi dorit să fie iubită.

Astfel, Laura prefera să-şi pedepsească soţul sabotînd procesul terapeutic.

Desigur, abilitatea şi răbdarea terapeutului i-au ajutat în cele din urmă pe cei doi să depăşească momentul critic.

Fobia de conflicte – factor blocant în comunicare

Mulţi oameni sînt extrem de speriaţi de ostilitate şi relaţii conflictuale. Ei nutresc convingerea că trebuie să fie tot timpul amabili şi să nu trăiască niciodată sentimente negative. Burns (1989, p. 454) denumeşte această atitudine „fobie de conflicte".

Fobia de conflicte îi împiedică pe subiecţi să-şi exteriorizeze trăirile afective şi să-i asculte pe cei care şi le exprimă. Dacă o persoană apropiată este supărată pe ei, aceştia nu doresc să audă ce spune persoana respectivă pentru că sînt de părere că au eşuat în relaţia interpersonală.

Burns (1989, p. 454) ne prezintă un fragment dintr-o discuție psihoterapeutică. Pacientul, Andy, este un om de afaceri care suferă de anxietate cronică, depresie și un puternic sentiment al singurătății. Pacientul nu se simte apropiat nici de soția sa, Mary, nici de fiicele sale. Ori de cîte ori încearcă să deschidă vreo discuție în familie, aceasta rămîne fără rezultat. În cadrul dialogului terapeutic, Andy povestește cum se simte el atunci cînd soția, Mary, și fiica cea mică, Betsy, îl ignoră în timp ce stau la masă.

Andy: „M-am certat cu Mary în legătură cu fiica noastră cea mică, Betsy. Mary și Betsy mă ignoră în timp ce stau la masă. Am impresia că Betsy mă exclude din conversație și mă doare foarte tare faptul că mă simt singur. Am încercat să discut cu Betsy, dar fără nici un rezultat. Ea a plîns și a spus că se simte nefericită și vinovată, că a încercat tot posibilul și că nu mai este nimic de făcut."

Terapeutul: „Dacă Betsy te ignoră, s-ar putea să fie supărată pe tine. Ar trebui să afli ce simte ea și să vă împărtășiți sentimentele, pentru că altfel nu puteți stabili o relație apropiată."

Andy: „Nu m-am gîndit că ar fi important să fac acest lucru. Și nici nu sînt sigur că pot să mă confrunt cu atîtea emoții negative. Aș putea s-o întreb, dar cred că nu voi face decît să declanșez un conflict, zgîndărind lucrurile."

Terapeutul: „Cum adică să declanșezi un conflict?"

Andy: „Cred că toate sentimentele negative nu s-ar manifesta dacă nu le-aș provoca eu."

Se constată că tendința lui Andy de a se autoblama este cea care îl face să se teamă atît de tare de conflicte. El consideră că, dacă Betsy este supărată, numai el poartă vina.

Terapeutul: „Aș dori să înțeleg mai bine ce se petrece. Înainte de a deschide vreo discuție, Betsy se poartă frumos cu tine?"

Andy: „Da. Atunci cînd mă supăr însă, eu produc declanșarea tuturor acelor sentimente negative care nu erau prezente.

Mă învinovățesc atunci cînd Betsy se supără pentru că sînt convins că eu i-am provocat acea stare. Cînd eram copil, mama îmi spunea adesea: «dacă vrei să-mi spui ceva rău, n-am de gînd să te ascult».

Poate că întreaga mea familie nutreşte convingerea că oamenii nu trebuie să vorbească despre trăirile lor afective negative. Dacă cineva exprimă deschis sentimente negative am senzația că am eşuat, că este ceva în neregulă. Detest atît de mult conflictul încît n-ar fi exclus să fi transmis această atitudine şi copiilor mei."

Terapeutul: „Şi atunci ei evită conflictele aşa cum fac şi părinții lor, nu-i aşa?"

Andy: „Cum pot schimba această situație? Cum pot s-o determin pe Betsy să-şi deschidă sufletul? Atunci cînd îmi exprim dorința de a sta de vorbă cu ea, Betsy încuviințează pe un ton glacial, ca şi cum ar vrea să spună de fapt: «iar mă bate tata la cap»."

Terapeutul: „Iată cum ar fi mai indicat să i te adresezi: Betsy, atunci cînd ai răspuns afirmativ, păreai foarte distantă. Mi se pare că eşti supărată şi tonul vocii tale mă întristează. Mă simt umilit. Asemenea lucruri se petrec foarte des între noi şi din acest motiv aş dori să discutăm. Dacă eşti supărată pe mine, aş vrea să-mi spui deschis despre ce este vorba."

Tendința spre martirizare – obstacol în calea unei bune comunicări

Prezentare de caz

(Burns, 1989, p. 457)

Marge este o femeie de 52 de ani, care s-a hotărît să se întîlnească cu un bărbat după mulți ani de la divorț. E o persoană micuță, atrăgătoare, cu mare succes în afaceri, dar care

îi inhibă adesea pe ceilalți din cauza formalismului și a amabilității sale excesive.

Ea a discutat cu terapeutul cum să se îmbrace și cum să reînvețe să flirteze. Rezultatele s-au văzut imediat și telefonul nu mai înceta să sune.

Nate se simțea foarte atras de Marge, dar ei i se părea că e relativ instabil și irresponsabil. Bărbatul reușea s-o enerveze pe pacientă deoarece îi telefona noaptea tîrziu, după ce băuse ceva și îi relata experiențe sexuale reale sau imaginare cu alte femei. Cu toate acestea, Marge se simțea atrasă de bărbatul respectiv, care i se părea agresiv și interesant.

Într-o vineri, la miezul nopții, Nate i-a telefonat lui Marge s-o invite să ia masa pe un iaht împreună cu un asociat de-al său, în seara următoare. Ei urmau să se întîlnească pe chei sîmbătă la ora 18. Deși invitația a fost făcută în ultimul moment, Marge a acceptat-o. Din cauza traficului, ea a ajuns pe chei la 18 și un sfert, dar iahtul lui Nate nu se vedea nicăieri. După ce a așteptat un timp, ea a întrebat un marinar de pe chei, care i-a spus că Nate împreună cu alt bărbat plecaseră în larg cu două ore înainte. Marge s-a înfuriat și nu l-a mai sunat pe Nate.

După cîteva zile, Nate a telefonat după-amiază. Beat fiind, acesta a întrebat de ce Marge nu a venit la întîlnire. La telefon a răspuns fiica acesteia, care i-a spus că mama ei, care era plecată din localitate, nu ar fi în stare de așa ceva.

În timpul celei de-a doua ședințe de psihoterapie, pacienta a fost întrebată cum ar dori să se comporte în situația dată. Ea a răspuns că ar dori să-i telefoneze lui Nate și să-i spună că s-a purtat ca un ticălos. Terapeutul a insistat, întrebînd dacă într-adevăr ar dori să procedeze astfel, moment în care pacienta s-a înroșit, a ezitat cîteva clipe și a afirmat că ea nu ar putea face așa ceva, din următoarele motive:

„Mă consider o persoană bine crescută."

„Este greșeala mea că mi-am ales un bărbat nepotrivit."

„Încă din copilărie mi s-a spus că nu trebuie să par vulnerabilă permiţîndu-i cuiva să-şi dea seama că m-a supărat sau m-a rănit."

Marge a mai adăugat că mama sa, o femeie „acră" şi nefericită, îi repeta întruna că nu trebuie să-şi exteriorizeze sentimentele.

Burns (1989) subliniază faptul că, deşi mascarea sentimentelor poate prezenta unele avantaje, asumarea rolului de martir are un caracter destructiv, conducînd la tulburări nevrotice şi psihosomatice.

Acest model de interacţiune s-a repetat de mai multe ori în cursul psihoterapiei lui Marge, care se comporta ca o persoană blîndă, ignorînd comportamentul ostil al celorlalţi. La un moment dat, spre încîntarea ei, un avocat cu care s-a întîlnit de mai multe ori a cerut-o în căsătorie. Singura problemă a fost însă faptul că logodnicul a dispărut fără explicaţii. În cele din urmă, Marge a înţeles că blîndeţea ei nu dă rezultate şi şi-a asumat riscul de a fi mai deschisă şi mai asertivă, ceea ce a îmbunătăţit considerabil modul ei de a întreţine relaţii cu ceilalţi.

Un alt pacient, Barbu, economist în vîrstă de 35 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru o tulburare nevrotică depresivă care s-a instalat după pronunţarea divorţului de soţia sa.

Barbu a avut o legătură extraconjugală cu o colegă de care s-a îndrăgostit, relaţia respectivă conducînd la divorţ. În momentul respectiv, dragostea sa pasageră se consumase, dar se stinsese şi interesul faţă de fosta soţie.

În urma discuţiilor cu psihoterapeutul, Barbu a recunoscut că adevărata sa problemă în căsnicie nu era lipsa pasiunii, ci incapacitatea de a face faţă unor sentimente agresive. Barbu credea că nu se cuvine să se arate supărat şi chiar se mîndrea cu faptul că nu lăsa niciodată să se vadă că este cuprins de vreun sentiment de ostilitate.

Mai mult, stilul său interpersonal l-a făcut să-şi piardă şi serviciul, pentru că şeful său, un individ extrovertit şi agresiv,

i-a reproşat că este prea rece şi calculat, astfel că nimeni nu poate ghici ce gîndeşte şi simte cu adevărat.

Pentru a-l determina pe pacient să-şi revizuiască stilul interpersonal, terapeutul a recomandat utilizarea analizei beneficiilor şi costurilor menţinerii tendinţei de a-şi ascunde sentimentele (după Burns, 1989, p. 461).

Avantajele menţinerii acestei convingeri	*Dezavantajele menţinerii acestei convingeri*
1. Voi evita confruntările şi conflictele cu ceilalţi.	1. Ostilitatea va ieşi la suprafaţă în alte moduri care pot fi şi mai destructive.
2. Atunci cînd voi conştientiza că mă enervez, voi fi în stare să mă critic şi să mă controlez.	2. Voi nega o parte din mine care mă face să fiu mai uman.
3. În felul acesta nu-mi voi pierde niciodată autocontrolul.	3. Voi da un exemplu negativ copiilor mei.
4. Lumea exterioară, ceilalţi oameni şi toţi stimulii exteriori nu vor avea nici o influenţă asupra mea.	4. Îmi voi fixa standarde imposibil de menţinut şi voi fi permanent frustrat pentru că mă voi blama din cauza imperfecţiunii mele.
5. Mă voi considera o persoană deosebită, mai bună decît majoritatea oamenilor.	5. Nu mă voi simţi la largul meu în propria piele.
6. Viaţa mea va fi mai simplă pentru că voi şti totdeauna cum să mă comport.	6. Mă voi priva de o posibilă intimitate.
7. Îi voi putea ţine pe ceilalţi la distanţă.	7. Furia şi enervarea mă pot ajuta mai mult în rezolvarea anumitor probleme.
	8. Viaţa mea va pierde din bogăţie şi complexitate.
40	60

Atitudinea pe care doresc să o modific:
„Eu nu trebuie să mă supăr niciodată".
Atitudine revizuită: Ostilitatea poate avea unele dezavantaje, dar de cele mai multe ori e mai profitabil pentru mine şi pentru relaţiile mele cu cei din jur să-mi exteriorizez adevăratele sentimente.

Modul în care tendinţa de a rezolva problemele blochează comunicarea eficientă

În cazul în care un cuplu are discuţii permanente referitoare la o anumită problemă, acestea vor continua la nesfîrşit atîta timp cît soţii sînt supăraţi unul pe celălalt. Relaţiile negative dintre parteneri împiedică rezolvarea problemei. În mod paradoxal, dacă cei doi îşi împărtăşesc sentimentele în mod deschis şi sincer, ei vor găsi mai repede soluţia la problema lor. Să luăm un exemplu (Burns, 1989, p. 460).

Soţia, Marilyn, doreşte să meargă în fiecare joi seara să asculte o conferinţă. Lui Ron, soţul ei, nu-i convine să cineze singur împreună cu fetiţa. Cei doi au purtat multe discuţii în contradictoriu pe această temă şi nu au reuşit să găsească o soluţie satisfăcătoare pentru ambele părţi. Marilyn susţinea că este dreptul ei să iasă seara o dată pe săptămînă şi că Ron trebuie să-şi petreacă mai mult timp în compania fetiţei, aşa că nu era nici o problemă. Ron a acceptat înţelegerea în mod formal, dar era nemulţumit pentru că cei doi petreceau puţin timp împreună.

Iată de ce nu se rezolvă problema.

Marilyn se simte excesiv de legată de casă şi controlată, datoria ei fiind să aibă grijă de copii. Ron, soţul, are o carieră strălucită. În momentul de faţă, soţia doreşte să-şi facă viaţa mai interesantă, completîndu-şi educaţia. Dacă Ron va înţelege acest lucru, ea se va simţi respectată şi sprijinită afectiv, dar în

cazul în care o critică şi se plînge că-l lasă singur joi seara, soţul se va manifesta ca o persoană egoistă şi nesigură de sine. Acest lucru o va determina pe Marilyn să devină tot mai revendicativă, pentru că ea nu mai suportă să fie controlată.

În acelaşi timp, Ron a muncit din greu pentru a-şi construi o carieră solidă, iar acum ar dori să petreacă mai mult timp împreună cu soţia şi copilul, căci se simte singur şi are o mare nevoie de intimitate. Dacă Marilyn l-ar asculta şi ar manifesta înţelegere pentru sentimentele lui, atunci Ron se va simţi respectat şi iubit. Dacă, însă, ea doar îşi proclamă dreptul de a face ceea ce doreşte, va părea egoistă, fapt ce-l va face pe soţ să se simtă însingurat, rănit şi respins.

În cazul în care cei doi vor persevera în încercarea lor de a rezolva problema programului de joi seara, demersul se va solda cu un eşec, pentru că nici o acţiune exterioară nu va veni în întîmpinarea dorinţei lor de a fi iubiţi şi respectaţi de partenerul de viaţă.

Singura soluţie ar fi ca cei doi soţi să nu mai încerce să rezolve problema, ci să-şi acorde reciproc atenţie, ascultîndu-se unul pe celălalt cu afecţiune şi înţelegere. În cazul în care acest lucru va deveni posibil, problema va dispărea de la sine.

Dacă Ron se va simţi iubit şi respectat, poate că nu i se va mai părea atît de greu să-şi piardă cîteva ore pregătind cina şi luînd masa împreună cu fiica sa, acest comportament exprimînd dragostea pe care i-o poartă soţiei sale. De asemenea, dacă Marilyn se va simţi iubită şi respectată, ea va acorda mai multă atenţie nevoilor soţului ei şi va ţine seama de acestea înainte de a-şi face un program independent. Mai mult, ea va considera căsnicia ca pe o împlinire şi nu ca pe o modalitate de restrîngere a libertăţii ei de mişcare. Astfel, pentru Marilyn va fi foarte important să-şi petreacă timpul împreună cu soţul ei şi să-l înconjoare cu grijă şi afecţiune.

Capitolul 14

MODELUL CONTEXTUAL-MODULAR ÎN PSIHOTERAPIE ŞI OPTIMIZAREA PERFORMANŢELOR UMANE

Conceptul de psihoterapie contextual-modulară aparţine psihologului australian Francis MacNab (1991) şi semnifică modificarea direcţiei de focalizare a demersului terapeutic realizat asupra pacientului cu tulburări nevrotice sau asupra unor persoane cu probleme de viaţă. Astfel, subiectul este încurajat să renunţe la postura pasivă de persoană simptomatică şi să adopte o atitudine activă, ceea ce presupune realizarea unor planuri pentru o nouă etapă de viaţă caracterizată prin sănătate şi eficienţă.

Psihoterapia nu are ca obiectiv doar reducerea simptomelor sau modificarea unor comportamente, ci dezvoltarea unor strategii de a face faţă problemelor vieţii, cultivarea autostimei şi a unei imagini de sine pozitive şi reorganizarea activă în lumina achiziţiilor psihologice menţionate mai sus, a contextului social în care se mişcă persoana.

Psihoterapia contextual-modulară îşi are originile în sisteme terapeutice tradiţionale, integrînd metodele specifice acestora într-un demers sistematic care poate fi aplicat în diverse cazuri particulare. În cadrul acestui demers se pune accent pe caracterul activ al colaborării dintre psihoterapeut şi pacient, acesta din urmă trecînd de pe poziţia reactivă, de purtător de simptome, pe o poziţie pro-activă, de participant conştient la

construirea propriei sale sănătăți. Astfel, persoana este situată în mod realist în contextul în care aceasta se mișcă, context ce vizează temerile, resursele de curaj, fanteziile și visele, dorințele și aspirațiile. Terapeutul elaborează diverse planuri de psihoterapie, care conțin indicații de urmat și care monitorizează cu precizie și în mod sistematic progresele realizate de pacient. Verificarea se realizează în egală măsură de către terapeut și de subiect.

Atunci cînd pacientul intră pentru prima oară în cabinetul de psihoterapie, terapeutul își pune următoarele întrebări:

- Care este natura reală a problemei subiectului sau, mai exact, ce problemă are?
- Ce demers psihoterapeutic ar fi mai potrivit?
- Care ar fi direcțiile și procedeele pe care ar trebui să le urmeze psihoterapia?

Unii psihoterapeuți au pus un accent deosebit pe psihodiagnosticul realizat înainte de începerea demersului psihoterapeutic, alții, dimpotrivă, au minimalizat importanța psihodiagnozei și au acordat o atenție mult mai mare demersului terapeutic.

Indiferent de importanța atribuită psihodiagnosticului, marea majoritate a demersurilor psihoterapeutice nu sînt sistematice și nu au la bază un plan bine elaborat. Din acest motiv, psihoterapia este difuză, haotică, și rezultatele depind foarte mult de talentul psihoterapeutului, care acționează ca un fel de „guru" oriental.

Cu cît psihoterapeutul respectă mai îndeaproape acest model, cu atît psihoterapia este mai dezorganizată și mai greu de ținut sub control.

Mai eficiente s-au dovedit psihoterapiile explicite în privința strategiilor și pașilor de urmat.

O importanță deosebită o are și concepția psihopatologică aflată la baza psihoterapiei. De pildă, dacă furtul la un copil este considerat drept simptom al unei tulburări de personalitate,

atunci demersul psihoterapeutic va fi centrat pe restructurarea personalității, controlul comportamentului și conștientizarea consecințelor comportamentului psihopatologic.

În cazul în care furtul este privit ca un simptom în cadrul unor interacțiuni familiale defectuoase, psihoterapia va avea ca obiectiv problemele familiei și mai puțin simptomul copilului.

Tulburarea de dinamică sexuală de natură psihogenă la un bărbat de 48 de ani poate fi considerată ca un simptom rezidual al unor psihotraume din copilărie sau ca un efect al anxietății legate de menținerea masculinității și a statusului sexual la vîrsta mijlocie, linia pe care trebuie s-o urmeze psihoterapia fiind diferită de la caz la caz.

Dacă persoana este abordată contextual, ambele direcții ale demersului terapeutic ar putea fi benefice.

Psihoterapia modular-contextuală nu se bazează pe o concepție teoretică sau alta, ci plasează individul în situația de viață.

Persoana se prezintă la psihoterapie și își descrie problema în termeni ce vizează: funcționarea psihică, fantezia, stările afective, realizarea unor conexiuni și găsirea unor direcții de urmat. Aceasta va declara că nu poate face față situației de viață sau că nu se împacă bine cu sine însuși. Ea va descrie sentimente și stări afective: anxios, deprimat, agitat, inadecvat, furios, nesigur, cu autostimă scăzută etc., afirmînd că problema ar consta în găsirea unei direcții satisfăcătoare sau a unui alt stil de viață.

Alți subiecți vor afirma că se simt alienați, lipsiți de sprijin, că nu au pe ce să se bazeze.

Un psihoterapeut cu discernămînt va observa că procesul de atingere a unor noi niveluri de adaptare implică eliberarea de unele legături și condiționări psihotraumatizante din trecut, reconstruirea imaginii de sine și a atitudinilor, valorilor și credințelor cu privire la propria persoană, la ceilalți și la lume în

ansamblu. Este necesară, de asemenea, o construire şi o planificare activă a viitorului, reorganizarea mediului înconjurător şi modificarea stilului de viaţă.

Psihoterapia modular-contextuală se desfăşoară pe parcursul a 6 şedinţe, deşi în unele situaţii numărul acestora se poate mări.

Există posibilitatea ca după cele 6 şedinţe de psihoterapie subiectului să i se recomande integrarea într-o altă formă de terapie.

Psihoterapia modular-contextuală reprezintă un proces de autodescoperire şi de învăţare a unor deprinderi şi abilităţi de a face faţă existenţei.

Putem spune, deci, că abordarea modular-contextuală prezintă o serie de avantaje.

- Dezvoltă la subiect o atitudine favorabilă sănătăţii, funcţionării eficiente a persoanei, formării unor strategii adaptative şi actualizării disponibilităţilor umane latente.
- Corectează obiectivele psihoterapeutice greşit formulate şi înlătură confuzia şi lipsa de coerenţă logică a demersului psihoterapeutic.
- Reduce şansa de abandon al psihoterapiei şi costurile ridicate ale acesteia.
- Este o psihoterapie limitată în timp, încurajînd persoana să abordeze problema ca pe o prioritate şi să nu intre în capcana gratificaţiilor secundare care derivă din demersul terapeutic de lungă durată.
- Reprezintă un proces de colaborare între terapeut şi client care implică o relaţie psihoterapeutică solidă, ce maximizează dezvoltarea autoobservaţiei, a autoanalizei, precum şi a capacităţilor de autoreglare, în situaţia „aici şi acum". Demersul este focalizat pe prezentarea problemei, apoi se trece rapid la examinarea proceselor psihopatologice care au determinat apariţia şi menţinerea acesteia.

- Se ia în considerare descrierea pe care o realizează persoana în legătură cu modul său de funcționare, cu sentimentele și fanteziile sale, elemente ce sînt plasate în contextul existențial al relației subiectului cu lumea (relația eu – ceilalți; eu – mediu înconjurător; eu – sine-însuși). Aceste aspecte sînt exprimate în categorii temporale (cît de mult durează?), spațiale (unde?), cauzale și de semnificație.
- Aduce la nivelul conștiinței realitățile și fantasmele, anxietățile, confuziile și opțiunile existențiale specifice, contextul dezadaptativ, precum și modelele dezirabile de viață.
- Pune accent pe forța personalității și pe exersarea autocontrolului anxietății și descurajării. Se bazează pe demersul analitic de examinare a conexiunilor dintre vechile psihotraume și stări emoționale, pe procesul de restructurare cognitivă și pe reconstruirea capacității subiectului de a lua decizii pentru obținerea unei mai bune funcționări fizice și psihice a stării de bine psihologic și pentru redirecționarea existenței în sens pozitiv.

Planul de psihoterapie este prezentat și explicat clar pacientului, căruia i se solicită colaborarea deschisă.

Obiectivul inițial al demersului psihoterapeutic îl reprezintă stabilirea unui contact de lucru satisfăcător cu subiectul. Pornind de la contactul inițial, terapeutul va construi relația empatică dintre el și pacient.

Pentru fiecare ședință de psihoterapie este important primul contact, empatia și „intrarea" în relația terapeutică.

Numeroși subiecți își fac probleme în legătură cu amploarea dezvăluirilor și persoana terapeutului. Deși s-au prezentat la psihoterapie pentru a se elibera de simptomele și problemele lor și pentru a-și modifica comportamentul, ei au tendința de a se închide în sine, declanșînd mecanismul rezistențelor.

De regulă, pacienții respectivi se vor simți nesiguri, vulnerabili și anxioși în legătură cu propria dispoziție sau cu atitu-

dinea celorlalți, ei considerîndu-l uneori pe terapeut lipsit de simpatie sau excesiv de critic.

Din acest motiv, este indicat ca terapeutul să se apropie de subiect cu sensibilitate, grijă, responsabilitate și să observe cu atenție modul în care reacționează acesta.

Ședința I

1. Primul contact cu pacientul: „întîlnirea" terapeutică.
2. Stabilirea empatiei.
3. Cîștigarea încrederii.
4. Descrierea problemei (problema J):
   - natura problemei;
   - durata, intensitatea, frecvența acesteia;
   - efectele acesteia asupra lumii fizice a subiectului, a relațiilor interpersonale, a eului și imaginii de sine și asupra sistemului de norme și valori;
   - modul în care sînt percepute problema și efectele acesteia; în ce măsură problema respectivă afectează:
     - funcționarea fizică, psihologică și socială a subiectului;
     - stările afective;
     - conținutul fanteziilor;
   - semnificația pe care o acordă subiectul problemei sale și efectelor acesteia;
   - legăturile pe care le stabilește subiectul cu alte tipuri de experiențe, persoane, lucruri, situații, care sînt de domeniul trecutului, prezentului sau viitorului. Terapeutul trebuie să asculte cu atenție relatarea subiectului și, la momentul potrivit, să-i spună ce a înțeles sau ce anume a intuit;
   - evidențierea anxietăților, temerilor, fantasmelor, credințelor și prejudecăților legate de propria persoană și de lume în ansamblu;

- evidențierea resurselor curente de a face față existenței, autostima, influențele externe suportive;
- expectațiile subiectului și ale celorlalți în legătură cu psihoterapia: temerile, imaginile, fantasmele referitoare la psihoterapie.

5. Detalii cu privire la intervențiile medicale și psihoterapeutice anterioare (evaluarea acestora).
6. Alte probleme (în afară de problema principală J) K,L,M:
   - natura acestora; modul în care ele afectează funcționarea, trăirea afectivă și fantezia (modul de gîndire);
   - legătura lor cu problema J;
   - interpretările subiectului în legătură cu problemele K, L, M;
   - evaluarea posibilităților de a face față problemelor J, K, L, M.
7. Stabilirea priorităților și focalizarea demersului terapeutic:
   - decizia în legătură cu necesitatea acționării asupra problemei J;
   - terapeutul explică pe scurt de ce este indicat acest lucru;
   - terapeutul explică pe scurt ce anume se poate aștepta de la psihoterapie;
   - terapeutul nu trebuie să facă promisiuni excesive, fără acoperire.
8. Intervenția terapeutică în cazul primei ședințe. Esențial în această etapă este ca terapeutul să explice în cuvinte simple modul în care acționează psihoterapia. El trebuie să fie empatic, alert și exact pentru a demonstra modul în care abilitatea de a face față va fi influențată de mici modificări atitudinale și comportamentale. Astfel, terapeutul poate spune: „observi că dacă gîn-

deşti altfel despre acest lucru, problema se modifică?"; „Pe măsură ce percepi situaţia în mod diferit, atitudinea ta faţă de aceasta se schimbă?"

Terapeutul va identifica o problemă concretă discutată cu pacientul şi va spune:

„Ai descris problema în termenii W, X, Y. Imaginează-ţi acum că o plasezi, pentru moment, în contextul L şi M. Nu-i aşa că situaţia se prezintă diferit? Uneori, situînd o problemă particulară în alt context, reacţia ta se va modifica."

9. Stabilirea contractului terapeutic:

a) Terapeutul explică modul în care a perceput explicarea problemei de către client.

Este necesar un acord între client şi terapeut cu privire la natura problemei.

Există posibilitatea ca pacientul să prezinte mai multe probleme: J, K şi L, probleme care afectează nu numai funcţionarea individului, ci şi modul în care acesta vede lumea. Terapeutul va explica în cuvinte simple pe ce se va focaliza intervenţia terapeutică iniţială (să presupunem că pe problema Y) şi din ce motiv, asigurîndu-l pe pacient că nu vor fi uitate nici problemele K şi L.

b) Terapeutul explică modul în care următoarele 5 şedinţe de psihoterapie îi vor pune pacientului la dispoziţie moduri diferite de percepere şi de gestionare a problemelor legate de propria persoană şi de lume în general. În fiecare şedinţă se va continua investigarea problemei, contextului şi a legăturilor subiectului cu persoane, lucruri şi situaţii din trecut, prezent sau viitor. Fiecare şedinţă va include un element nou, astfel încît pacientul va deveni conştient de faptul că are loc un proces evolutiv de învăţare.

Esenţial pentru psihoterapie este ca subiectul să recîştige autocontrolul asupra deciziilor, direcţiilor de acţiune şi destinului propriu.

Este necesar să se precizeze cît se poate de clar care vor fi beneficiile psihoterapiei.

Terapeutul va face, de pildă, următoarea precizare:

„Ai spus că devii anxios în legătură cu evenimentele D, E şi F. În timpul psihoterapiei vom examina cu atenţie modul în care anxietatea îţi afectează stilul de viaţă şi starea psihică. De asemenea, vom găsi şi noi posibilităţi de a te raporta la situaţiile D, E şi F şi vom fixa deprinderi de a face faţă anxietăţii. Aceasta reprezintă o componentă a vieţii, dar o anxietate excesivă semnifică faptul că ceva ne scapă de sub control. Obiectivul nostru va fi să vedem ce anume poate fi modificat şi ce e de făcut pentru ca tu să-ţi recapeţi autocontrolul."

c) Terapeutul va preciza că următoarele 5 şedinţe urmează să aibă loc săptămînal. În şedinţa a 6-a se va examina ce anume a fost util în cadrul acestui modul, precizîndu-se felul în care cunoştinţele dobîndite în timpul psihoterapiei trebuie să devină un mod de viaţă al pacientului (să facă parte din „managementul" vieţii cotidiene).

Dacă se mai menţin unele probleme, pacientul va fi direcţionat spre o altă formă de terapie, de durată mai lungă.

d) Se precizează costurile psihoterapiei.

e) Se poate propune şi participarea la programe mai ample de dezvoltare a deprinderilor de viaţă, a deprinderilor sociale, de prevenire a apariţiei unor tulburări nevrotice sau de dezvoltare a potenţialului uman.

f) Pacientul este invitat să discute orice aspect al modului sau al contractului terapeutic.

g) I se poate recomanda pacientului o temă de meditaţie sau un exerciţiu pentru acasă. Tema trebuie să fie simplă şi precisă şi să aibă la bază discuţiile purtate în şedinţa I. De pildă, terapeutul poate spune:

„Ai afirmat că teama care te cuprinde apare cumva de la sine, fără să-ţi dea de ştire. Înainte de a ne întîlni din nou, te rog să notezi cu grijă evenimentele care se petrec atunci cînd te cuprinde teama. Consemnează, pe o foaie de hîrtie, ziua, ora, natura fricii şi modul în care te simţi. Evaluează starea ta

pe o scală de la 1 la 5 şi notează evenimentele care au avut loc cu o oră înainte."

10. Despărţirea de pacient.

Există psihoterapeuţi care manifestă o comportare arogantă faţă de pacienţi, atitudinea lor părînd să spună: „ora noastră s-a încheiat, nu mai e nimic de adăugat!"

McNab (1991) susţine că succesul întregii terapii depinde de modul în care se realizează despărţirea. Aceasta trebuie să se desfăşoare într-o notă de optimism care contribuie la creşterea încrederii pacientului în psihoterapeutul său.

Şedinţa a II-a

1. Întîlnire – empatie – intrarea în procesul psihoterapeutic.

2. Recapitulare:

a) Terapeutul îi aminteşte pacientului că în cursul primei şedinţe au fost definite problemele M, K, L şi Y, aceasta din urmă fiind considerată prioritară.

În ultimele zile a intervenit vreo modificare a priorităţilor? A devenit cumva prioritară altă problemă?

Se adresează întrebarea:

b) Doreşte în continuare pacientul să participe la modulul de psihoterapie în 6 trepte?

c) Terapeutul îi reaminteşte subiectului că la sfîrşitul primei şedinţe i s-a trasat o sarcină: „În finalul primei şedinţe ţi-am cerut să-ţi autoevaluezi temerile. Uneori oamenii îndeplinesc cu uşurinţă astfel de sarcini, alteori nu. Cum a fost în cazul tău?"

3. Tranziţia.

Se trece de la recapitulare la obiectivul şedinţei, care este controlul anxietăţii.

Terapeutul oferă explicaţii în legătură cu natura anxietăţii:

a) Există o anxietate care reprezintă o latură a existenţei şi care ţine de limitările, vulnerabilitatea, caracterul finit, singură-

tatea, ineficiența, lipsa de sprijin și alte particularități asemănătoare ale ființei umane.

Deși fiecare individ se străduiește din răsputeri să lupte împotriva anxietății ca element al vulnerabilității sale, mai devreme sau mai tîrziu el constată că derularea existenței presupune resurse, decizii și acțiuni. Aceasta este originea anxietății umane normale.

Psihoterapia nu-și propune să lupte împotriva acestei anxietăți, ci doar să-l ajute pe pacient să devină conștient de ea, să găsească în sine resursele de a trăi și de a-și atinge obiectivele de dezvoltare plenară a disponibilităților latente, în ciuda durerii și ambiguității în care se zbate ființa umană.

b) Există și o anxietate provocată de trăirea unor situații psihotraumatizante, perceperea și experiența legate de propria persoană, de propriile posibilități, de condiționări și legături mai vechi sau care țin de context.

Această anxietate poate îmbrăca aspecte diverse, înregistrînd intensități diferite, care ating uneori niveluri patologice.

Anxietatea respectivă se poate manifesta sub forma unui sentiment de insatisfacție, neliniște, îngrijorare, pierderea bucuriei de viață, scăderea performanțelor prin simptome psihosomatice sau poate îmbrăca forme acute, ca în cazul agorafobiei sau al atacurilor de panică.

Psihoterapia trebuie să-l ajute pe client să-și autocontrolcze anxietatea.

4. Focalizarea asupra anxietății.

„Astăzi ne vom referi la anxietatea, îngrijorarea și supraîncordarea ta. Pe măsură ce vei învăța să-ți controlezi anxietatea, vei fi capabil să extinzi cunoștințele dobîndite la probleme și situații concrete."

Terapeutul îi cere subiectului să realizeze o listă cu trăirile anxioase, care sînt grupate în funcție de mai multe domenii ale existenței:

- aspecte fiziologice;
- conflicte între idealuri, valori şi realitate;
- aspecte legate de securitatea personală;
- aspecte referitoare la autostimă.

Se notează şi resursele personale ale subiectului.

Se va analiza fiecare domeniu şi se va nota cum crede pacientul că ar trebui să se comporte şi să funcţioneze în sfera de activitate respectivă, de ce resurse dispune şi ce abilităţi ar trebui dezvoltate. De pildă, dacă subiectul se plînge de trăiri anxioase legate de deficitul unor abilităţi de a face faţă vieţii, se notează deficienţele respective, cum ar fi nervozitate în relaţiile interpersonale, comportament ezitant etc.

Se explorează apoi consecinţele comportamentelor deficitare.

Aparent, acţiunea stresorului iniţial (atitudinea şefului) este acceptată ca fiind cauza anxietăţii.

Pacientul nu recunoaşte însă faptul că abilităţile sale de a face faţă situaţiei (e îngrijorat, se enervează, se autoblamează) sînt inadecvate, şi acest lucru produce mai multă anxietate decît stresorul iniţial.

Apar probleme de sănătate, stări psihice negative, perturbarea relaţiilor interpersonale, dezorganizarea comportamentului în alte domenii de activitate, care nu au legătură cu stresorul iniţial.

5. Tabelul (harta) anxietăţilor.

a) Sectoarele unde au fost identificate aspecte ale anxietăţii:
   - funcţionarea organismului;
   - stres interpersonal;
   - conflictul dintre idealuri, dorinţe şi realitatea „crudă";
   - autocontrolul, autostima, valoarea personală.

b) Cauzele (originile) anxietăţii:
   - funcţionarea psihofiziologică;
   - relaţiile interpersonale.

O explorare mai profundă îl poate determina pe pacient să facă referiri la:

- trăirea timpurie a anxietății;
- formarea unor modele inadecvate de luptă împotriva respectivei anxietăți;
- modele parentale inadecvate de luptă împotriva anxietății.

c) Modul în care este privită anxietatea:

- pacientul pare mai îngrijorat de aspectele fizice ale anxietății;
- terapeutul se va apleca mai ales asupra stresului interpersonal;
- se pune problema care dintre aceste aspecte este dominant și produce o anxietate secundară (antecedente, factori declanșatori, supoziții etc. Aceste aspecte vor fi clarificate cu prilejul unor interviuri viitoare.).

d) Resursele și abilitățile de a face față situațiilor

e) Deficite în ceea ce privește capacitatea de a face față unor situații:

- incapacitate de relaxare;
- nervozitate în situațiile interpersonale;
- confuzie între idealuri și valori și lucrurile care au o importanță reală;
- centrare excesivă pe sine însuși (în sens negativ).

f) Consecințele anxietății:

- îngrijorare, încordare, autocritică excesivă;
- amenințări la adresa sănătății și stării de bine;
- dezorganizare a capacităților adaptative;
- perturbarea altor relații interpersonale;
- viață nesatisfăcătoare;
- demoralizare.

Terapeutul va realiza investigații suplimentare cu privire la trăirile subiective ale pacientului, utilizînd următoarele surse de informare:

- descrierile realizate de pacient;
- întrebările adresate de terapeut;
- comportamentul subiectului;
- chestionare aplicate suplimentar;
- intervievarea altor persoane: membri ai familiei, profesori, medic etc.

6. Intervenția psihoterapeutică:
   - reducerea forței de acțiune a stresorului (atitudinea șefului) la dimensiuni rezonabile (de pildă, i se poate spune șefului că încalcă legea, comite abuzuri etc.);
   - modificarea atitudinii pacientului față de situația stresantă: subiectul își va revizui modul în care îl percepe pe șef;
   - ieșirea (evitarea) situației stresante;
   - modificarea contextului (de pildă, subiectul poate să apeleze la sprijinul colegilor);
   - întărirea eului:
     - imagine de sine pozitivă;
     - găsirea unor resurse psihologice;
     - formarea și exersarea unor deprinderi de a face față cerințelor vieții:
       A) Tehnica imaginației dirijate: pacientul își imaginează anxietatea ca pe un torent care mătură totul în cale. Treptat, subiectul învață să dirijeze fluxul torentului.
       B) Strategii cognitive: pacientul va învăța să evalueze consecințele negative pe care le poate avea pierderea autocontrolului.

Se subliniază importanța imaginației în menținerea și accentuarea anxietății, precum și posibilitatea de a utiliza procesul imaginativ pentru a o reduce:

„Înainte de ședința viitoare, aș dori ca timp de două minute pe zi să-ți imaginezi torentul distrugător pe care îl interceptezi și apoi îi controlezi cursul."

Şedinţa a III-a

În cadrul acestei şedinţe se investighează opinia şi atitudinea subiectului cu privire la *originea şi evoluţia* deficienţelor sale din sfera comportamentului şi a vieţii afective.

Pacientul îşi dezvăluie astfel punctul de vedere cu privire la geneza simptomelor sale, la sine însuşi şi la modul cum se plasează pe sine în trecut, prezent şi viitor.

1. Întîlnire – empatie – începerea terapiei.
2. Recapitulare.

Terapeutul ascultă în timp ce pacientul povesteşte ce anume s-a întîmplat de la ultima şedinţă de psihoterapie pînă în momentul respectiv. El poate adresa întrebări de genul următor:

a) Ultima oară am vorbit despre anxietate. Ce poţi să-mi spui astăzi despre anxietatea ta?
b) Probabil că în mintea ta mai sînt unele lucruri care te îngrijorează. Ai putea să spui ce anume îţi provoacă cea mai mare teamă?
c) A rămas Y problema ta principală? Sau acum prioritară este problema K?

3. Tranziţia.

Terapeutul va spune:

„Observă faptul că problema ta vizează trei aspecte: problema ca atare, reacţia ta la problemă şi reacţia la reacţia pe care o ai. Iată un exemplu:

a) te frămîntă ceva şi nu eşti sigură ce anume;
b) nu mănînci, îţi controlezi mereu greutatea şi îţi verifici permanent silueta în oglindă;
c) te îngrijorează acest comportament care te avertizează că ceva e în neregulă cu tine: eşti anorexică sau bulimică sau ai o altă tulburare.

Te preocupă faptul că îţi pierzi autocontrolul şi că încercările tale aparente de a face faţă problemei (a) produc tulburări şi în alte sectoare ale existenţei tale.

Astăzi vom vedea cum acționezi împotriva ta însuți și vom descoperi în ce constă problema ta.

Aș vrea să știu cum vezi tu lucrurile acestea și ce conexiuni faci.

4. Autopercepția și modelele anterioare de comportament.

„Ai mai avut probleme de acest gen și înainte? De unde crezi că provine dificultatea ta? Cum ai ajuns să fii așa cum ești acum? Cum ai contribuit tu la apariția și menținerea problemei?"

Terapeutul trebuie să noteze modelele de comportament învățate, influențele parentale, supozițiile și atitudinile care stau la baza acestora, precum și zonele posibile de conflict inconștient.

Acestor explorări nu li se va acorda prea mult timp.

5. Explorarea alternativelor.

Pacientul este încurajat să-și comute atenția de la originea tulburărilor sale la modul în care se vede pe sine în prezent și în viitor.

„Concentrează-te și încearcă să descoperi în tine noi zone de libertate («camere» în care să te refugiezi), noi resurse pentru a putea face față situațiilor de viață.

Ce te constrînge și te determină să fii așa cum ești?

Care sînt visele și dorințele tale pentru viitor?

Care ar fi variantele de soluții care ți-ar da mai multă libertate?"

6. Terapeutul observă modelele de gîndire utilizate de pacient.

7. Conștientizarea.

Terapeutul îi va explica pacientului că modalitățile noastre dezadaptative de a face față situațiilor stresante au la bază condiționări din copilărie, legături pe care le-am stabilit noi înșine sau pe care le-au fixat alții în numele nostru și cărora le acordăm o importanță și o pondere mai mare decît ar fi cazul. Descoperind originile problemelor noastre, devenim mai con-

ştienţi de noi înşine, de modul în care am ajuns să fim ceea ce sîntem astăzi.

În acelaşi timp, conştientizarea aceasta ne oferă posibilitatea de a verifica validitatea condiţionărilor anterioare, generatoare de simptome.

8. Explorarea zonelor de libertate.

„Pînă la şedinţa viitoare te rog să-ţi rezervi 5 minute pe zi pentru a-ţi imagina ce s-ar întîmpla dacă lanţurile pe care ţi le-ai fixat singur sau pe care ţi le-au prins alţii nu ar fi atît de puternice. Ce fel de persoană ai deveni atunci? Notează pe o foaie de hîrtie trei obiective pe care ai dori să le atingi în acest caz."

Şedinţa a IV-a

Pacientul are o viziune deformată cu privire la lume, la propria persoană şi la problema Y pe care încearcă s-o rezolve. Terapeutul trebuie să-i explice natura acestei atitudini („de ce sînt lucrurile aşa cum sînt" sau „de ce acest eveniment are asemenea consecinţe").

Terapeutul nu va eticheta convingerile negative ca fiind distorsionate decît atunci cînd pacientul său s-a convins de lucrul acesta.

În continuare, terapeutul va puncta diferenţa dintre problemă, stare afectivă şi evaluările care au fost asociate problemei.

Reacţiile pacientului la problema Y vor depinde de modul în care este percepută problema respectivă, de evaluarea şi interpretarea acesteia, de modul în care subiectul îşi percepe resursele proprii şi de modul în care acesta percepe lumea. Dacă a dezvoltat o atitudine negativă, ostilă şi încărcată de suspiciune faţă de lume, după toate probabilităţile va aborda în aceiaşi termeni şi problema.

Conştientizînd modul în care perceperea şi evaluarea situaţiei influenţează reacţiile, pacientul va dobîndi treptat şi capacitatea de a-şi modifica modul de a vedea lucrurile.

Un pas important îl reprezintă momentul în care subiectul devine conştient de faptul că el joacă un rol activ în modificarea contextului situaţional pe care îl poate schimba şi că el poate să decidă ce tip de reacţii să aibă la mediu.

1. Întîlnire – empatie – intrare în terapie

2. Recapitulare.

Terapeutul va spune: „În şedinţa trecută ne-am ocupat de legăturile pe care le-ai stabilit între problemele tale şi experienţele timpurii, alte persoane şi modelele de comportament pe care singur ţi le-ai elaborat. Ne-am pus întrebarea: ce ar fi dacă aceste legături ar slăbi în intensitate? Ce poţi spune despre tine astăzi, în lumina celor petrecute în ultima săptămînă?"

3. Tranziţia.

În această şedinţă, terapeutul va deplasa accentul de la psihotraumele şi legăturile timpurii la activitatea cognitivă de evaluare a evenimentelor, a lumii şi a resurselor adaptative ale pacientului.

Vor fi examinate distorsionările cognitive, deficitele de evaluare, conceptualizare şi interpretare a evenimentelor (pattern-uri de gîndire negativă).

Pacientul va fi ajutat să-şi conştientizeze sistemul de credinţe şi convingeri cu privire la propria persoană, lume, prezent, trecut şi viitor.

4. Terapeutul îl invită pe subiect să se concentreze asupra problemei Y (sau K).

Modul în care acesta percepe şi controlează problema Y este complicat de stările afective asociate cu Y, de ruminaţiile interioare cu privire la J şi la persoanele sau evenimentele percepute a fi cauze declanşatoare ale situaţiei Y.

Pacientul este încurajat să extragă problema J, detaşînd-o de conexiuni şi stări afective şi să examineze în ce constă de fapt dificultatea cu care se confruntă.

Un important pas înainte se realizează atunci cînd terapeutul îl ajută pe client să facă distincția între abordarea centrată pe problemă și cea axată pe starea afectivă. Cînd cele două se întrepătrund, subiectului îi vine greu să înfrunte situația.

De pildă, Ana a avut cîteva episoade de migrenă severă, explicabile prin eforturile depuse pentru a pregăti vizita părinților săi pe care nu-i mai văzuse de 10 ani (ea locuiește în străinătate).

În mod concret, problema ei era să cumpere mobilă pentru sufragerie. Ana a amînat cumpărarea mobilei, urmînd să facă acest lucru cînd avea să fie liberă (ea era foarte ocupată cu serviciul și cu creșterea celor trei copii, astfel încît nu avea timp niciodată). Pe măsură ce vizita se apropia, ea a intrat tot mai mult în panică. Pacienta nu recunoștea că în spatele îngrijorării se afla o puternică ostilitate împotriva soțului ei, căruia nici nu-i păsa de vizita socrilor.

„De ce mi-aș face probleme pentru această vizită? – spunea soțul. Ea și-a urît dintotdeauna părinții și s-a temut de ei, iar acum se simte vinovată de sentimentele pe care le-a nutrit!"

Simțămintele Anei erau atît de amestecate cu problema (care de fapt implica două aspecte: a) să cumpere mobilă; b) să facă față vizitei) încît ea a început să se confrunte cu dificultăți existențiale, și, pe acest fundal, s-au instalat panica, anxietatea și migrenele.

În cursul acestei ședințe, terapeutul o ajută să facă distincția între problemă, starea sa afectivă, evaluările pe care le realizează și reacțiile sale secundare.

Pacienta este determinată să recunoască faptul că pentru a rezolva problema are nevoie de unele tipuri de abilități, iar pentru a-și controla emoțiile, evaluările și reacțiile secundare trebuie să recurgă la alte tipuri de abilități.

5. Pacienta este încurajată să identifice problema Y și să noteze reacțiile sale la aceasta. Apoi i se demonstrează faptul că reacțiile sale la evenimentul Y nu sînt datorate situației ca

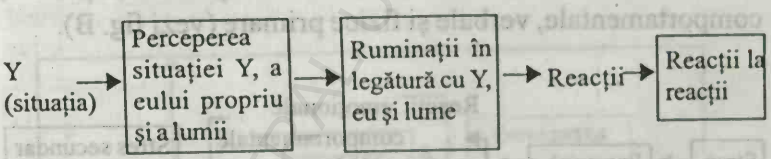
atare, ci modului în care aceasta este evaluată şi interpretată. Experienţele anterioare legate de situaţia Y sau de situaţii asemănătoare cu aceasta, precum şi evaluările precedente legate de propria persoană o determină pe pacientă să facă aprecieri cu privire la ce anume se va întîmpla.

Pacienta va dezvălui credinţele sale interioare cu privire la Y, la sine însăşi, la trecut, la viitor şi la existenţă în general.

Ruminaţiile şi vocea interioară a pacientei vor exercita o puternică influenţă asupra reacţiilor sale şi asupra modului în care va face faţă stresului.

Pacienta este încurajată să dea ascultare acestor ruminaţii şi credinţe interioare şi să recunoască faptul că a le modifica, fie şi într-o mică măsură, poate produce schimbări în modul de a reacţiona şi de a face faţă stresului.

Se prezintă clientului următoarea schemă:



Adesea, stresul este trăit ca un rezultat al interacţiunii subiectului cu un obiect, persoană, eveniment, idee sau cu un mod de gîndire.

Caracteristicile obiectului, persoanei, evenimentului, ideii sau modului de gîndire trebuie riguros definite, concomitent cu particularităţile individului şi cu tipul de interacţiuni care se produc. Astfel, factorul stresant care acţionează asupra individului va provoca răspunsuri diferite: emoţionale, comportamentale, verbale, fizice (somatice), după cum reiese din schema alăturată (fig. A).

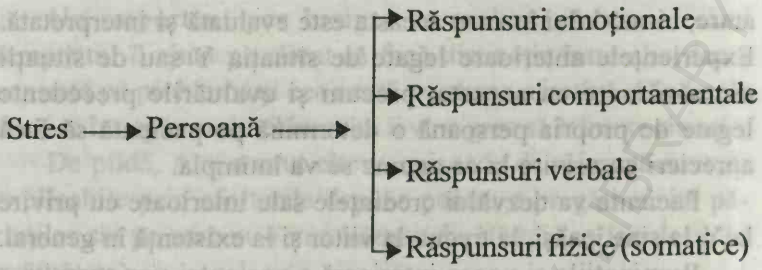


Figura A

Interacțiunea subiectului cu situația stresantă este filtrată de dispoziția, atitudinile, expectațiile, experiențele anterioare, prejudecățile, modelele habituale de a face față diferitelor situații, conștiința de sine, autostima, motivațiile, conștientizarea resurselor adaptative, precum și a capacității de a mobiliza aceste resurse.

Stresul secundar este rezultatul reacțiilor emoționale, comportamentale, verbale și fizice primare (vezi fig. B).

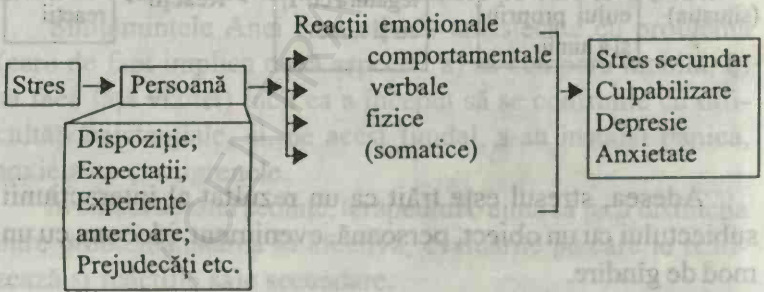


Figura B

Deși reacțiile caracteristice stresului secundar se declanșează aparent automat, de fapt, ele au loc după procesul de evaluare a reacțiilor subiectului, a semnificației acestora, a efectelor posibile, precum și a resurselor adaptative (vezi fig. C).

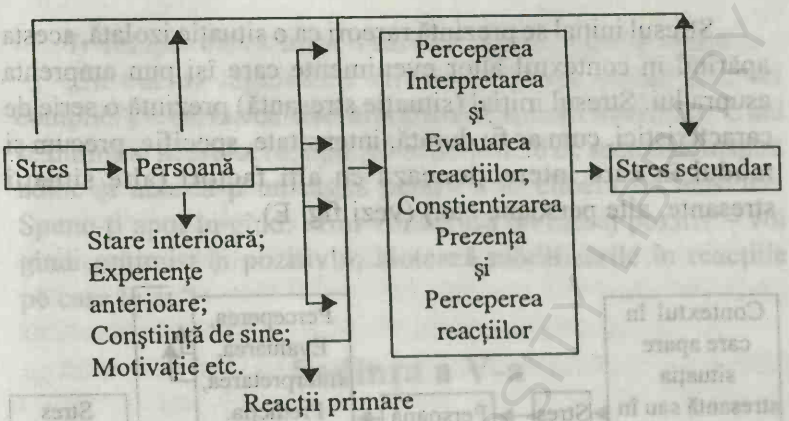


Figura C

Subiectul trebuie să recunoască faptul că a avut loc şi un proces de evaluare a situaţiei stresante iniţiale, precum şi a resurselor şi particularităţilor sale în contextul respectiv (vezi fig. D).

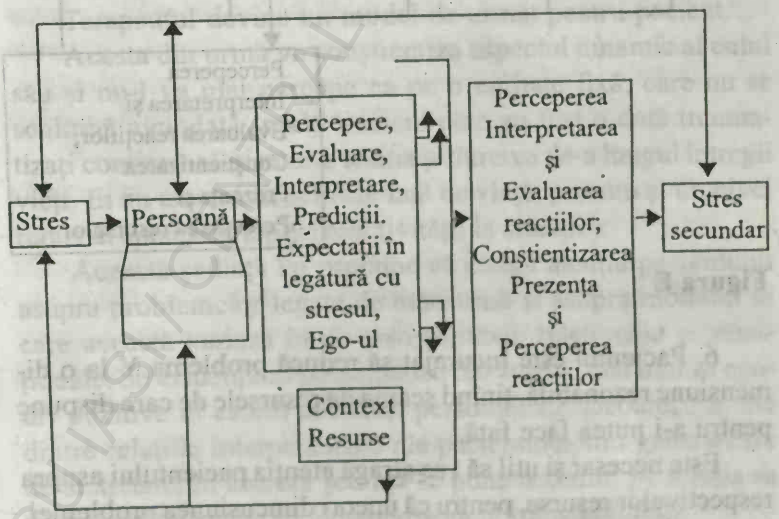


Figura D

Stresul inițial se prezintă rareori ca o situație izolată, acesta apărînd în contextul altor evenimente care îşi pun amprenta asupra lui. Stresul inițial (situație stresantă) prezintă o serie de caracteristici, cum ar fi: durată, intensitate, specific, precum şi modul în care interacționează cu alți factori (alte situații stresante, alte persoane etc.) (vezi fig. E).

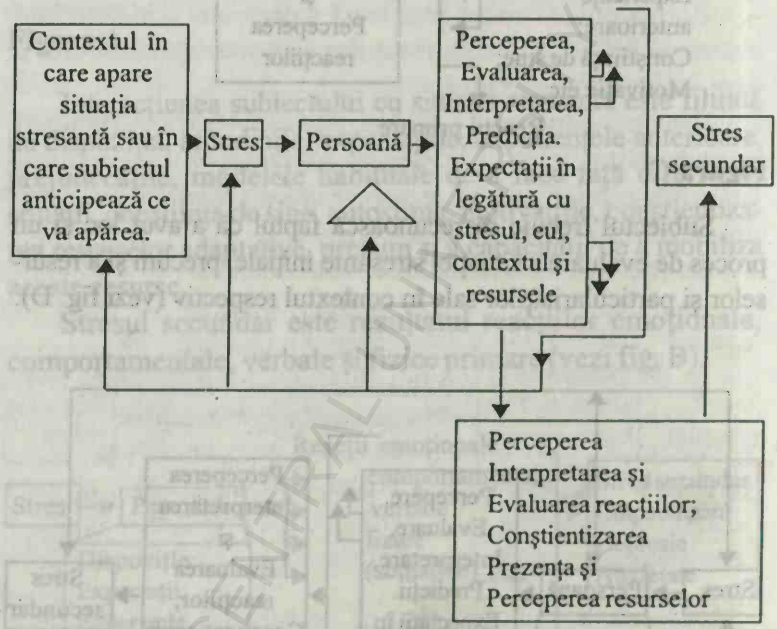


Figura E

6. Pacientul este încurajat să reducă problema Y la o dimensiune rezonabilă, ținînd seama de resursele de care dispune pentru a-i putea face față.

Este necesar şi util să i se atragă atenția pacientului asupra respectivelor resurse, pentru că uneori dimensiunea problemei, emoțiile şi distorsionările care sînt asociate cu aceasta blochează şi alterează autoevaluarea propriilor posibilități şi resurse.

7. Terapeutul va trasa o sarcină pentru şedinţa viitoare:

„În cursul săptămînii viitoare notează ori de cîte ori complici problema cu stări afective şi rumînări interioare. Cînd se întîmplă acest lucru, opreşte-te pentru 30 de secunde, inspiră adînc şi acordă-ţi un răgaz pentru a te elibera de tensiune. Spune-ţi apoi în gînd: «Îmi voi adresa un mesaj pozitiv – voi gîndi optimist şi pozitiv!». Notează modificările în reacţiile pe care le ai."

Şedinţa a V-a

Pacientul recunoaşte faptul că deţine un anumit control asupra evenimentelor de viaţă şi asupra reacţiilor sale. El constată că, pe măsură ce exersează deprinderile de autocontrol, izbuteşte să modifice şi unele aspecte ale contextului în care se situează, introducînd şi unele lucruri care îi produc bucurie, bună dispoziţie şi sentimentul împlinirii personale.

Terapeutul devine un model de urmat pentru pacient.

Acesta din urmă va conştientiza aspectul dinamic al eului său şi nu-l va mai percepe ca pe o entitate fixă, care nu se schimbă niciodată (mulţi oameni care au fost o dată traumatizaţi continuă să-şi poarte teama şi durerea de-a lungul întregii vieţi. Ei au expectaţii scăzute faţă de viaţă, precum şi un nivel redus al spontaneităţii şi reactivităţii la situaţii.).

Această şedinţă îşi propune să atragă atenţia pacientului asupra problemelor legate de autostimă şi asupra modului în care aceasta variază în diverse contexte relaţionale şi situaţionale. Se evidenţiază posibilitatea dezvoltării mai multor egouri pozitive în cadrul aceleiaşi personalităţi. Deoarece multe dintre relaţiile interpersonale ale pacientului sînt generatoare de anxietate, în această şedinţă se pune accentul pe relaţia sa cu terapeutul, încurajîndu-se aspectele transferenţiale.

Aşa cum am mai subliniat, terapeutul nu numai că acţionează ca un model, dar îl şi ajută pe pacient să-şi clarifice

frustrările şi expectaţiile, reale şi imaginare, care apar în cadrul altor relaţii interpersonale.

1. Întîlnire – empatie – intrare în terapie.

2. Recapitulare.

Terapeutul îi va adresa pacientului următoarele întrebări:

„În decursul ultimelor zile ai observat vreun eveniment pe care l-ai apreciat pozitiv şi pe care înainte îl considerai negativ?" sau

„Ai remarcat vreun avantaj în urma distincţiei pe care ai făcut-o între abordarea centrată pe problemă şi cea axată pe emoţie?"

Dacă pacientul răspunde negativ, terapeutul îi va solicita un exemplu concret şi-l va îndruma în realizarea unor evaluări pozitive sau a unor distincţii între problemă şi încărcătura emoţională care o complică.

Răspunsurile negative ale pacienţilor reflectă, de regulă, rezistenţe conştiente sau inconştiente faţă de psihoterapie şi faţă de terapeut. Acesta va trebui să devină un model pentru pacientul său, demonstrîndu-i faptul că există posibilitatea exercitării unui anumit control asupra situaţiei şi că pînă şi cele mai complicate probleme pot fi analizate şi pot primi răspunsuri pozitive şi constructive.

3. Tranziţia.

Terapeutul îl va ajuta pe pacient să recunoască şi să exploreze limitările şi restricţiile pe care şi le-a fixat singur sau care i-au fost impuse în urma experienţelor timpurii de către alţi oameni. Apoi, terapeutul îl va familiariza pe pacient cu diversele sale ego-uri care implică pattern-uri impuse de comportament conformist.

Atenţia se va concentra asupra conflictelor deschise şi implicite care se manifestă sub forma simptomelor şi comportamentelor disfuncţionale. Terapeutul nu-i va spune pacientului în ce constau respectivele conflicte, ci îl va ghida în aşa fel încît să le recunoască singur.

Şedinţa va fi centrată pe următoarele aspecte:

a) modalităţile anterioare de exprimare ale ego-ului;
b) existenţa mai multor ego-uri posibile;
c) structurile şi persoanele percepute ca exercitînd constrîngeri, limitări şi fixînd expectaţii pentru clienţi;
d) conflictele şi deciziile care pot fi explorate.

4. Majoritatea pacienţilor vor descrie sentimentul de demoralizare pe care îl încearcă, precum şi modul în care au fost traumatizaţi şi li s-a subminat încrederea în sine.

Pacientul va fi încurajat să-şi reevalueze forţa eului. Această operaţie trebuie făcută în contextul unor situaţii diferite, al unor interrelaţii diferite, ţinîndu-se seama de motivaţiile personale şi de tendinţa spre autocritică.

Frecvent, pacientul va spune: „sînt un om terminat!". O explorare mai atentă va evidenţia faptul că există situaţii concrete în care această afirmaţie nu se aplică.

Terapeutul trebuie să-i atragă atenţia pacientului că are un nivel scăzut de autostimă şi că ar trebui să întreprindă ceva în această direcţie.

5. Relaţia psihoterapeutică şi echilibrarea acesteia sînt foarte importante în cadrul acestei şedinţe de psihoterapie.

În timp ce pacientul povesteşte ce anume s-a întîmplat în cursul altor relaţii interpersonale, terapeutul va fi în continuare vigilent, pentru a detecta ţoate nuanţele pe care le îmbracă relaţia psihoterapeutică.

Pentru a-l ajuta pe pacient să-şi restabilească nivelul autostimei şi să se reactiveze sub aspect emoţional, terapeutul îi va atrage în mod delicat atenţia asupra implicaţiilor relaţiei psihoterapeutice. Aceasta este importantă pentru a confirma funcţionarea pozitivă a ego-ului pacientului, pentru a întări formarea unor reacţii adaptative ulterioare şi pentru a explora alte structuri mai constructive ale ego-ului, în contextul altor relaţii interpersonale, precum şi al unor situaţii reale şi imaginare.

6. Terapeutul va acorda atenție nivelului pozitiv al autostimei, iar pacientul va fi ajutat să identifice situațiile și experiențele care i-o subminează.

Terapeutul îl va ghida pe acesta să exploreze și să conștientizeze relații, experiențe, atitudini și comportamente care vin în sprijinul reconstruirii autostimei.

7. Pacientul va fi încurajat să constate că întărirea contextuală a încrederii în sine și a autostimei este esențială în elaborarea unor abilități de a face față existenței, precum și în dobîndirea senzației de confort psihic.

8. La sfîrșitul ședinței de psihoterapie, terapeutul va solicita pacientului să monitorizeze în decurs de o săptămînă fluctuațiile autostimei în cadrul diverselor relații interpersonale și situații de viață. Terapeutul îi va atrage atenția asupra faptului că abordarea contextuală a problemelor autostimei produce un nivel ridicat al anxietății care, la rîndul său, poate declanșa pacientului rezistențe și tendința de a evita monitorizarea indicată.

9. I se reamintește pacientului că va urma ultima ședință de psihoterapie.

Ședința a VI-a

În cadrul ultimei ședințe, se va stabili în ce măsură ședințele anterioare au fost suficiente pentru a-l ajuta pe pacient să obțină autocontrolul dorit sau dacă acesta are nevoie de continuarea terapiei sub altă formă.

Înainte de evaluarea respectivă, pacientul va fi îndrumat să-și revizuiască percepția locului său în lume, să constate modul în care a fost limitat de aceasta. El va trebui să lupte în continuare pentru a se elibera de simptome, pentru a face față problemelor vieții și pentru a se simți bine. Pacientul va fi încurajat să se autoanalizeze cît mai profund și să-și adreseze întrebări de tipul:

„Ce merit cu adevărat în viață?"

Accentul se va deplasa de la experiențele trecute și de la limitările impuse de realitatea externă spre elaborarea unor planuri de viitor.

Se trec în revistă imaginile, fanteziile, visurile și resursele, suporturile și filozofia de viață care vor contribui la orientarea pacientului spre viitor.

1. Întîlnire – empatie – intrare.

2. Recapitulare.

Terapeutul va spune: „În cursul ultimei noastre ședințe am discutat despre dobîndirea capacității de a recunoaște situațiile și evenimentele care au contribuit la reducerea autostimei tale. Trebuie să dezvoltăm modalități de identificare a acelor experiențe care te conduc la întărirea autostimei. Ai reușit să pui în aplicare cele discutate în timpul săptămînii trecute?"

După discutarea și aprecierea răspunsului, terapeutul va trece la obiectivele ședinței actuale.

3. Tranziția.

„Astăzi este ultima ședință din cadrul terapiei modulare. Va trebui să evaluăm cu atenție modul în care ai reacționat la acest gen de psihoterapie și să ne decidem ce ar trebui făcut mai departe. Dar, înainte de a realiza acest lucru, mai avem de parcurs o treaptă în cadrul programului nostru."

4. „În penultima ședință ne-am ocupat de importanța ego-ului, de ego-urile alternative posibile, de importanța autostimei și de modul în care ea poate fi recîștigată și susținută.

Există tendința de a ne lăsa dominați de lumea înconjurătoare sau de a ne percepe ca ființe dominate, strivite sau distruse de aceasta.

Nouă ne revine sarcina de a accepta ceea ce s-a petrecut în trecut, de a depăși frustrația și de a transforma necazurile trecutului în provocări ale destinului, care trebuie să conducă la evoluție și la o abordare constructivă a evenimentelor viitoare. Aceasta înseamnă că trebuie să luați anumite decizii în

legătură cu propria persoană, cu propriul stil de viață, cu situațiile de viață în care vă aflați și cu ceea ce considerați că prezintă importanță pentru dumneavoastră. Coborîți în adîncul propriei persoane și căutați ce anume vi se pare cu adevărat important, cum vă vedeți și cum apreciați lumea înconjurătoare. Lucrați asupra propriei persoane și asupra altora pentru a descoperi ce are o importanță reală pentru dumneavoastră."

5. „Ținînd seama de cele petrecute în ședințele anterioare de psihoterapie, în ce măsură credeți că v-ați schimbat și în ce măsură vi s-a modificat ierarhia valorilor?"

6. Pacientul va fi încurajat să recunoască faptul că viața presupune anxietate, ambiguitate și paradoxuri, dar esențial este ca individul să dezvolte abilități de a face față situațiilor problematice și de a se bucura de viață.

Importantă este și identificarea zonelor de eșec, precum și depășirea acestora.

7. Pacientul trebuie să-și însușească și modalități eficiente de a anticipa evenimentele și de a se pregăti pentru a le face față.

8. Terapeutul realizează o scurtă recapitulare a tuturor ședințelor de psihoterapie:

I. identificarea problemei și focalizarea terapiei;
II. controlul anxietății;
III. identificarea conexiunilor dintre evenimentele trecute și tulburările actuale (cauzele tulburărilor pacientului);
IV. identificarea unor modalități diferite de a privi și evalua problema;
V. întărirea ego-ului, a autostimei, precum și identificarea ego-urilor alternative;
VI. identificarea valorilor și obiectivelor importante de viață.

9. Se pune în discuție problema dacă psihoterapia a fost eficientă sau dacă este necesară continuarea acesteia în altă formă.

10. În cazul în care se ajunge la concluzia că este necesară continuarea psihoterapiei, terapeutul va explica pacientului în ce va consta aceasta.

11. În unele cazuri trebuie să se discute cu pacientul diagrama psihoterapiei:

Tulburări dezadaptive	Stres + prezent	Evenimente + trecute de viață	Factori fiziologici

Riscuri pentru starea de sănătate	Strategii + de a face față stresului	Auto-stimă	+ Filozofie de viață	+ Stil de viață sănătos	+ Imagerie pozitivă

Pe măsură ce se întăresc aspectele din partea de jos a liniei, va descreşte probabilitatea să acţioneze cele care se află deasupra liniei.

Uneori, oamenii trebuie să beneficieze de avantajele psihoterapiei pentru a reechilibra balanţa, pentru a-şi dezvolta abilităţile de a face faţă dificultăţilor şi de a corecta deficite din sfera comportamentului.

12. Se discută detalii ale relaţiei psihoterapeutice: „În ultimele săptămîni am fost foarte aproape de tine, am aflat cum gîndeşti, ce doreşti şi cum ai vrea să fii. Aceasta a fost o experienţă interesantă pentru amîndoi. Ori de cîte ori simţi nevoia, poţi să te întorci la mine. Acum te cunosc bine şi voi putea să fac faţă noilor tale probleme."

Prezentăm, pentru exemplificare, un plan de psihoterapie pentru sindromul de stres posttraumatic (McNab, 1991).

Se utilizează în cazul victimelor unor dezastre sau catastrofe, al celor care au suferit o experienţă ce se putea solda cu pierderea vieţii, al victimelor unor accidente de circulaţie, al persoanelor luate ca ostatici, al martorilor unui eveniment

traumatic, al celor care au pierdut o persoană apropiată sau au scăpat dintr-un masacru etc.

Şedinţa I

În prima şedinţă de psihoterapie, terapeutul stabileşte o relaţie empatică şi caldă cu pacientul şi investighează următoarele aspecte:

1. Descrierea evenimentului:
   - participarea persoanei la eveniment;
   - realitatea aşa cum a fost ea percepută;
   - „realităţile" asociate.
2. Reacţiile la eveniment:
   - cînd a avut loc evenimentul?
   - reacţia în momentul respectiv;
   - reacţiile care au urmat;
   - gradul de extensie al dezorganizării şi tulburărilor psihopatologice;
   - ariile existenţei care sînt afectate;
   - alte persoane care au fost afectate.
3. Încercările de a ţine sub control simptomele, reacţiile şi tulburările; capacitatea de autocontrol emoţional; activitatea cognitivă; comportamentul.
4. Problemele secundare: efectele acestora, capacitatea de autocontrol.
5. Istoria medicală şi psihologică a clientului.
6. Investigarea capacităţilor subiectului de a face faţă stresului, traumelor şi dificultăţilor:
   - testarea forţei ego-ului;
   - testarea personalităţii şi potenţialului adaptativ.

Urmează apoi focalizarea terapiei, care înseamnă:

a) recîştigarea capacităţii de autocontrol;
b) dezvoltarea abilităţii de a identifica şi controla noua realitate;

c) vindecarea „rănilor" emoționale și reabilitarea subiectului;
d) colaborarea pacientului la procesul de psihoterapie;
e) analizarea expectațiilor pacientului față de psihoterapie.

În continuare, terapeutul explică modul în care acționează psihoterapia și trasează următoarele sarcini pentru acasă:

- practicarea unei tehnici simple de relaxare, care este învățată sub îndrumarea terapeutului;
- utilizarea tehnicii imaginației dirijate (subiectul în stare de relaxare își imaginează diverse scene și situații) și a sugestiilor pozitive;
- utilizarea unor scale de autoevaluare a naturii și intensității diferitelor reacții.

Ședința a II-a

Se recapitulează ședința anterioară și se analizează jurnalul pacientului și modul de îndeplinire a sarcinilor pentru acasă. Terapeutul discută împreună cu pacientul în legătură cu apariția unor reacții și simptome.

Se trece apoi la autocontrolul reacțiilor acute la stres, al anxietății, panicii și al altor simptome. Terapeutul explică diferențierea între evenimentul trecut și tulburările actuale, precum și relația dintre modul de funcționare psihologică și reacțiile organismului la amintirile și imageria referitoare la psihotraumă.

Sînt analizate problemele anxietății: manifestările acesteia, dezorganizarea vieții psihice și sentimentele asociate (neajutorare, depresie, disperare).

Terapeutul fixează obiectivele autocontrolului anxietății și efectelor sale, examinează metodele anterioare utilizate de subiect pentru controlul anxietății și culege informații în legătură cu starea subiectului și cu modul în care acesta a făcut față stresului pînă în momentul respectiv.

Se realizează apoi trecerea în revistă a unor metode alternative de autocontrol al stărilor afective şi de optimizare a funcţionării psihice. Apoi, pacientul practică sub îndrumarea terapeutului relaxarea, desensibilizarea şi tehnica imaginaţiei dirijate.

Şedinţa a III-a

Se realizează trecerea în revistă a istoriei persoanei:

- cum se percepe subiectul pe sine însuşi şi ce influenţe şi modele semnificative şi-au exercitat influenţa asupra acestuia;
- pe ce s-a bazat forţa şi capacitatea de adaptare a subiectului în trecut;
- aprecierea de către subiect a influenţelor şi conexiunilor din trecut şi a originilor acestora;
- rolul conexiunilor şi al condiţionărilor trecute în construirea sensului existenţei şi a conceptului de eu propriu, precum şi a sentimentului „de a fi în lume".

Persoana este încurajată să exploreze modul cum percepe psihotrauma, cum a izbutit aceasta să-i zdruncine capacitatea de autocontrol şi să mediteze la măsurile care s-ar impune pentru recîştigarea autocontrolului, a sensului eului propriu în contextul situaţiei traumatice suferite.

Se discută „procesul" psihologic a fi „pentru" sau „contra" propriei persoane, modul în care apare autoculpabilizarea, autonegarea, autodevalorizarea.

Terapeutul îl ajută pe pacient să-şi dezvolte noi capacităţi de a analiza vechile conexiuni, apoi se trece în revistă semnificaţia cauzelor şi originilor problemelor cu care se confruntă subiectul. Pacientul conştientizează faptul că are la dispoziţie şi alte alternative de a reacţiona, de a face faţă existenţei.

Şedinţa a IV-a

Pacientul este învăţat să observe modul în care îi funcţionează psihicul:

- ascultă modul în care lucrează „mintea";
- ascultă „vocea interioară";
- identifică distorsionările gîndirii;
- identifică modul iraţional şi negativ de a gîndi;
- conştientizează legăturile dintre evenimente, percepţii, evaluări, interpretări, voce interioară, precum şi pe acelea dintre afectivitate, simptomatologie şi comportament.

Terapeutul elaborează împreună cu pacientul modele de gîndire pozitivă, prin intermediul cărora acesta începe să sesizeze partea bună a lucrurilor.

Şedinţa a V-a

Terapeutul îl ghidează pe pacient să-şi adreseze întrebări cu caracter existenţial şi să conştientizeze aspectele filozofice ale existenţei:

„Ce cere viaţa de la mine acum?"

„Ce aşteaptă ceilalţi de la mine?"

„Privind în străfundurile fiinţei mele, mă întreb: «ce fac eu şi ce ar trebui să fac?»"

„Cum reflectă comportamentul meu o filozofie de viaţă care să ducă la vindecare şi confort fizic şi psihic?"

Subiectul îşi va conştientiza apoi resursele de a face faţă existenţei: persoane interesate să-l asculte, grupuri suportive, ritualuri şi simboluri, modalităţi de a promova sănătatea şi viaţa eficientă.

Urmează învăţarea modului în care se poate realiza refacerea sensului bunăstării psihice în contextul situaţiei posttraumatice.

Subiectul este ghidat să conştientizeze modul de reconstruire a unei noi etape de viaţă, să schiţeze planuri posibile de acţiune şi modele imaginare ale existenţei în viitor. Terapeutul îi va solicita subiectului elaborarea unei povestiri, în care acesta trebuie să-şi imagineze viitorul, identificînd acele aspecte care îi conferă forţă psihică, precum şi posibilele influenţe suportive din mediul înconjurător.

În acelaşi timp continuă exersarea relaxării, imaginaţiei dirijate şi a tehnicilor meditative pentru actualizarea disponibilităţilor psihice latente de luptă împotriva stresului, bolii şi pentru a adopta un nou stil sănătos de viaţă.

Şedinţa a VI-a

Se analizează împreună cu terapeutul:

a) trăirea unor stări afective pozitive puternice;
b) trăirea satisfacţiei de viaţă şi a stării de bine psihic;
c) trăirea unui sentiment puternic al eului, a unei imagini de sine pozitive, a sentimentului valorii şi eficienţei personale.

Se exersează atitudinile pozitive faţă de propria persoană: reconstruirea autostimei şi sublinierea importanţei acesteia în obţinerea unei mai bune sănătăţi, capacităţi de adaptare şi a senzaţiei de confort psihic.

Se trec în revistă cele cinci şedinţe anterioare de psihoterapie şi se subliniază importanţa abilităţilor şi resurselor pe care le-a achiziţionat subiectul în timpul fiecărei şedinţe, apoi se stabilesc noi direcţii şi planuri de acţiune pentru viitor.

În cazul în care subiectul mai prezintă unele simptome, se poate indica practicarea unui alt tip de terapie.

Menţionăm, în încheiere, că abordarea modular-contextuală este utilă atît pentru persoanele cu tulburări nevrotice şi psihosomatice, cît şi pentru cele care traversează o criză existenţială.

Bibliografie selectivă

Bandler, R., *Using your Brain for a Change*, Steve Andreas and Conirae Andreas (eds.), Moab Utah, 1985.

Bernard, E. (eds.), *Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practitioner's Guide*, Plenum Press, New York, London, 1991.

Bourne, E. J., *The Anxiety and Phobia Workbook*, The 6th Edition, New Harbiner Publications Inc., Oakland, 1995.

Burns, D., *The Feeling Good Handbook*, A Plume Book, New York, 1989.

Fensternheim, H.; Baez, Jean, *Stop Running Scared! Fear Control Training: The New Way to Conquer Fears, Phobias and Anxiety*, Dell Publishing Comp., Inc., New York, 1977.

Gheorghiu, Vl.; Ciofu, I., *Sugestie şi sugestibilitate*, Editura Academiei R.S.R., Bucureşti, 1982.

Graham, G., *How to Change your Life*, Real Option Press, 1990.

Graham, G., *The Happy Neurotic*, Real Option Press, 1988.

Handley, R.; Neff, Pauline, *Anxiety and Panic Attacks. Their Cause and Cure. The Five Life Plus Programator for Conquering Fear*. Fawcett Crest, Ballantine Book, New York, 1985.

Hawton, K.; Salkovskis, P., M.; Kirk, J.; Clark, D., *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*. A Practical Guide, Oxford Univ. Pres, 1989.

Holdevici, Irina, *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti, 1995.

Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, ediţia a III-a, Bucureşti, 1997.

Holdevici, Irina, *Gîndirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional–emotivă şi cognitiv–comportamentală*, Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1999.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia tulburărilor anxioase*, Editura Ceres, Bucureşti, 1998.

Huber, W., *Psihoterapiile – Terapia potrivită fiecărui pacient*, Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1997.

Lysebeth, A., *J'apprend le Yoga*, Flammarion, Paris, 1968.

Lysebeth, A., *Je perfectionne mon Yoga*, Flammarion, Paris, 1968.

Rhue, Judith; Lynn, St. J.; Kirch, I. (eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*, American Psychological Association, Washington D.C., 1993.

Sank, L., J.; Shaffer, S., Carolyn, *A Therapist Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups*, Plenum Press, New York and London, 1984.

Schultz, J., H., *Le Training autogene* (adapt. par R. Durand de Bousingen), Paris, P.U.F., 1966.

Vishnudevananda, *The Complete Illustrated Book of Yoga*, Packet Books, New York, 1960.

O oportunitate deosebită pentru cititorii noştri:

CARTEA PRIN POŞTĂ

Puteţi primi cartea dorită chiar în momentul apariţiei ei, cu o reducere substanţială de preţ, prin comandă, la adresa:

B-dul Libertăţii nr. 4, bl. 117, et. 3, ap.7, sector 4, 761061-Bucureşti
Tel: 337.30.67; 337.48.81; Fax: 337.48.22;
E-mail lider@fx.ro; Web Site: www.superexim.go.ro

Cititorii care solicită carte prin poştă devin automat membri ai **CLUBULUI CĂRŢII SUPEREXIM (fostul Orizonturi-Lider)**, beneficiind de următoarele facilităţi:

1. Editurile suportă cheltuielile de expediţie prin poştă a cărţilor comandate. În termen de o săptămînă de la data comenzii, solicitantul va primi prin poştă, la domiciliul său, cărţile dorite (**comandă de minim trei exemplare**) cu plata ramburs.

2. Reducerea preţului de vînzare cu: 10% pentru fiecare comandă de minim trei cărţi, 12% pentru comenzile ce depăşesc cinci cărţi, 15% la comenzile de cel puţin zece cărţi.

3. Livrarea cărţilor cu prioritate.

4. Comanda anticipată pentru cărţile în curs de apariţie.

5. Asigurarea materialelor informative: cataloage şi liste de apariţii.

Notă: Pentru cititorii din Bucureşti, livrarea cărţilor nu se face prin poştă, ci direct, de la punctul de vînzare al editurii, **depozitul** din b-dul Dinicu Golescu 43, bl.7, sc.1, ap.3, tel: 638.98.38.

Oferta de carte a *Trustului Editorial Superexim*

Editurile: Orizonturi, Lider, Juridică, Științelor Medicale, Științelor Agricole și Științelor Sociale și Politice

SERIA CULTURĂ GENERALĂ

Pépin & Braunstein	**GHID DE CULTURĂ GENERALĂ** (368 pag. / 75000 lei)
Eric Hobsbawm	**SECOLUL EXTREMELOR** (704 pag. / 55000 lei)
Norman Goodman	**INTRODUCERE ÎN SOCIOLOGIE** (496 pag. / 45000 lei)
Colectiv	**MICĂ ENCICLOPEDIE DE GEOGRAFIE *LAROUSSE*** (416 pag. / 42000 lei)
Constantin Gane	**TRECUTE VIEȚI DE DOAMNE ȘI DOMNIȚE** - vol. 1 (624 pag. / 59000 lei) - vol. 2 (624 pag. / 59000 lei)
Valeriu Râpeanu	**N. IORGA, M. ELIADE, N. IONESCU - POLEMICI, CONTROVERSE, ELOGII** (336 pag. / 33500 lei)
Philippe Gaudin	**MARILE RELIGII** (464 pag. / 49000 lei)
F. Braunstein	**ISTORIA CIVILIZAȚIILOR** (304 pag. / 45500 lei)
F. Braunstein & J.F. Pepin	**MARILE MITURI ALE LUMII** (352 pag. / 69000 lei)
Frank McLynn	**PRIN ABISURILE MINȚII. *VIAȚA LUI JUNG*** vol. 1 (400 pag. / 55000 lei)
	UN GURU AL EPOCII MODERNE. *VIAȚA LUI JUNG* vol. 2 (400 pag. / 55000 lei)
Marcel Bordet	**ISTORIA ROMEI ANTICE** (400 pag. / 69000 lei)
Claude Mossé	**PROCESUL LUI SOCRATE** (192 pag. / 32000 lei)
Ray Spangenburg și Diane K. Moser	**ISTORIA ȘTIINȚEI** vol. 1 – (352 pag. / 60000 lei); **ISTORIA ȘTIINȚEI** vol. 2 – (352 pag. / 60000 lei);
N. A. Kun	**LEGENDELE ȘI MITURILE GRECIEI ANTICE** (544 pag. / 75000 lei)

SERIA LUCRĂRI LEXICOGRAFICE

Georgeta Nichifor **DICȚIONAR ENGLEZ-ROMÂN; ROMÂN-ENGLEZ** (472 pag. / 65000 lei)

Ioan Lăzărescu **DICȚIONAR GERMAN-ROMÂN; ROMÂN-GERMAN** (624 pag. / 85000 lei)

Voichița Ionescu **DICȚIONAR LATIN-ROMÂN** (224 pag. / 55000 lei)

MARI PERSONALITĂȚI ALE ISTORIEI

Anton Joachimsthaler **SFÎRȘITUL LUI HITLER** (400 pag. / 40000 lei)

Valentin Berejkov **ÎN UMBRA LUI STALIN** (496 pag. / 45000 lei)

Dmitri Volkogonov **TROȚKI** – Eternul radical (528 pag. / 50000 lei)

Homeric **LUPUL MONGOL** - Viața lui Gengis-Han (480 pag. / 45000 lei)

TITANI AI LITERATURII UNIVERSALE

Nathaniel Hawthorne **DIAVOLUL DIN MANUSCRIS** (400 pag. / 75000 lei)

André Maurois **CLIMATE** (288 pag. / 75000 lei)

Wilkie Collins **FEMEIA ÎN ALB** (640 pag. / 99000 lei)

PAGINI DIN ISTORIA LUMII

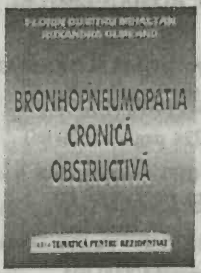
Liddell Hart **ISTORIA CELUI DE-AL DOILEA RĂZBOI MONDIAL** vol. 1 (544 pag. / 55000 lei)

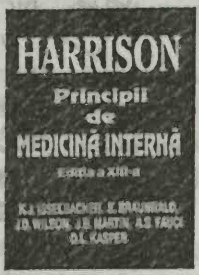
ISTORIA CELUI DE-AL DOILEA RĂZBOI MONDIAL vol. 2 (464 pag. / 55000 lei)

Henry Troyat **TERIBILELE ȚARINE** (304 pag. / 42500 lei)

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

OFERTA DE CARTE MEDICALĂ





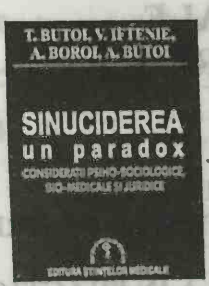
Colectiv - **HARRISON – PRINCIPII DE MEDICINĂ INTERNĂ *Ediția a XIV-a* (1104 pag./225.000 lei)**

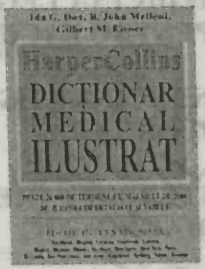
Colectiv - **HARRISON – PRINCIPII DE MEDICINĂ INTERNĂ *Ediția a XIII-a* (912 pag./130.000 lei)**

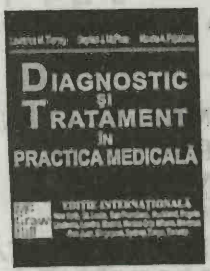
F. Mihălțan, R. Ulmeanu - **BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ (272 pag./40.000 lei)**

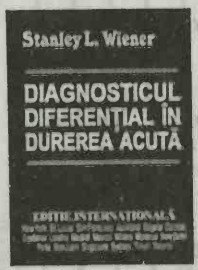
Colectiv - **PRIMUL AJUTOR ÎN URGENȚELE MEDICALE (416 pag./42.000 lei)**

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY









Colectiv - **DICȚIONAR MEDICAL ILUSTRAT – HARPERCOLLINS**
Ediție internațională **(632 pag./399.000 lei)**

Lee M. Silver - **CLONAREA UMANĂ – UN ȘOC AL VIITORULUI**
(368 pag./69.000 lei)

Stanley L. Wiener - **DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎN DUREREA ACUTĂ**
(698 pag./380.000 lei)

Colectiv - **DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PRACTICA MEDICALĂ** - ***Ediție internațională*** **(1474 pag./845.000 lei)**

Colectiv - **SINUCIDEREA – UN PARADOX**
(144 pag./65.000 lei)

BCU IAȘI - MEDICINA

CĂRȚI MEDICALE ÎN CURS DE APARIȚIE

Valentin Iftenie	MEDICINĂ LEGALĂ – CURS PENTRU FACULTĂȚILE DE DREPT
Vladimir Beliș, Marius Gangal	MEDICINA LEGALĂ ÎN PRACTICA JUDICIARĂ
Jacques Wallach	INTERPRETAREA TESTELOR DE DIAGNOSTIC
Nicholas J. Talley	METODE DE EXAMINARE CLINICĂ – COMPENDIU PRACTIC DE DIAGNOSTIC SEMIOLOGIC
Patrick Holford	CUM SĂ PREVENIM ȘI SĂ TRATĂM BOLILE INIMII ȘI ALE VASELOR DE SÎNGE (Seria Medicina pentru toți)
Patrick Holford	CUM SĂ PREVENIM ȘI SĂ TRATĂM DEZECHILIBRELE HORMONALE (Seria Medicina pentru toți)
Patrick Holford	CUM SĂ PREVENIM ȘI SĂ TRATĂM DEFICIENȚELE IMUNE (Seria Medicina pentru toți)
Colectiv	HARRISON – MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ - *Ediția a XV-a*

BCU "ION CREANGĂ" LIBRARY

Vă rugăm să decupaţi pe linia întreruptă.

CLUBUL CĂRŢII SUPEREXIM
Bdul. Libertăţii, Nr. 4,Bl. 117, Et.3, Ap. 7, sector4, cod 761061, Bucureşti, Tel: 337.48.81

CARTE POŞTALĂ
Post răspuns

Nu timbraţi
CR

Expeditor _____
Strada _____ Nr. ____
Bl. ____ Sc. ____ Et. ____ Ap. ____
Judeţ _____ Sector ____
Cod _____ Localitate _____
Tel. _____

Destinatar:
CLUBUL CĂRTII SUPEREXIM
C.P. 42-7, Bucureşti

IMPORTANT
Pentru comenzile prin poştă completaţi talonul cu titlurile dorite.
ATENŢIE, NU ESTE NEVOIE SĂ TIMBRAŢI!

TITLURI COMANDATE:

Titlul	Nr. ex.	Titlul	Nr. ex.
1. _____	____	6. _____	____
2. _____	____	7. _____	____
3. _____	____	8. _____	____
4. _____	____	9. _____	____
5. _____	____	10. _____	____

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Printed in Romania

grupul dragoprint

fed print sa

O societate Butan Gas

B-dul Tudor Vladimirescu, nr. 31, sector 5, Bucureşti, ROMÂNIA
Telefon: 335.93.18; 335.97.47
Fax: 337.33.77

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Născută în 1949, în Bucureşti, a absolvit *Facultatea de Filozofie – Secţia de psihosociologie a Universităţii Bucureşti*, în 1972. A obţinut titlul de doctor în psihologie în anul 1980.

În prezent este profesor universitar la *Universitatea Bucureşti*, la *Universitatea Titu Maiorescu* precum şi la *Academia Naţională de Informaţii*. Deţine specializări în psihoterapie, psihopatologie şi psihologia sportului.

De asemenea, este psihoterapeut formator în cadrul masterului de psihodiagnostic clinic şi psihoterapie al *Facultăţii de Psihosociologie şi Ştiinţele Educaţiei* din cadrul *Universităţii Bucureşti*.

În calitate de psihoterapeut practician are o experienţă de peste 20 de ani în tratamentul unor afecţiuni nevrotice şi psihosomatice, ca şi în direcţia optimizării comportamentului uman.

A publicat 15 cărţi şi peste 100 de studii şi articole, în ţară şi în străinătate, avînd ca subiect hipnoza clinică, psihoterapia cognitiv-comportamentală şi asistenţa psihologică a sportivilor de înaltă performanţă.

A fost aleasă preşedinta *Societăţii Române de Sugestie şi Hipnoză* şi vicepreşedinta *Colegiului Naţional de Psihoterapie*.

De curînd, a devenit membră în Comitetul Director al *Federaţiei Europene de Psihologia Sportului*.

© EDITURA ORIZONTURI

Lei 85000

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY